



HAL
open science

Étude des psychoses dissociées : approche clinique et projective comparées

Cécile Prudent

► **To cite this version:**

Cécile Prudent. Étude des psychoses dissociées : approche clinique et projective comparées. Psychologie. Université de Lorraine, 2018. Français. NNT : 2018LORR0069 . tel-01842428

HAL Id: tel-01842428

<https://theses.hal.science/tel-01842428>

Submitted on 18 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

en vue de l'obtention du

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Mention Psychologie

ÉTUDE DES PSYCHOSES DISSOCIÉES
Approche clinique et projective comparées

Soutenue publiquement le 22 juin 2018

par **Cécile PRUDENT**

Sous la direction du Professeur Claude De Tychev (Université de Lorraine)

et la co-direction de Renaud Evrard (Maitre de conférences-HDR Université de Lorraine)

Devant un Jury composé de

Marie-Frédérique Bacqué	Professeur Université de Strasbourg	Rapporteur
Joëlle Lighezzolo-Alnot	Professeur Université de Lorraine	Examineur
Jacqueline Richelle	Professeur Université de Mons	Examineur
Pascal Roman	Professeur Université de Lausanne	Rapporteur
Michel Decker	Praticien Hospitalier CHS Jury-les-Metz	Membre invité

Remerciements

Monsieur le Professeur Claude De Tychey

Je le remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse de doctorat. Notre collaboration sous sa direction, qui dure depuis cinq années déjà, est sans aucun doute l'une des plus belles aventures que la vie m'ait offerte. J'espère qu'elle ne s'arrêtera pas en si bon chemin... Le Professeur De Tychey s'est montré incroyablement disponible, sans être « trop » présent, mais il s'est aussi montré très empathique et bienveillant tout en rappelant les règles aux moments opportuns. Je vous remercie du plus profond de mon âme Cher Monsieur le Professeur et je tiens à vous témoigner ma plus profonde gratitude pour m'avoir fait confiance. Ce geste n'a pas de prix et vaut tout l'or du monde, tout comme les heures indénombrables que vous avez passées à me former.

Je prie le Professeur De Tychey de croire en ma plus sincère admiration ainsi qu'en mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Renaud Evrard

Je le remercie pour son accompagnement depuis mon master 2 ainsi que pour sa disponibilité à chaque occasion où j'ai sollicité son attention. Je lui suis très reconnaissante d'avoir accepté de co-encadrer ce travail et de nous avoir permis d'approfondir la question du

Père au sein de cette recherche. Question qui me tenait à cœur. Je remercie également Monsieur Evrard pour son accompagnement lors de ces années charnières. Outre sa supervision professionnelle, j'ai pu apprécier au plus haut point sa rigoureuse guidance scientifique.

*J'ai une pensée très particulière pour mes patients **Manuel, Catherine, César, Jordan**, et tous les autres car ils m'ont énormément appris, et sans qui ce travail n'aurait été possible. Je pense à eux, très souvent.*

Monsieur le Docteur Michel Decker,

Je le remercie pour m'avoir accompagnée depuis mon stage de M2 au sein de l'hôpital duquel il est le chef de pôle de la psychiatrie adulte. Je tiens à lui témoigner ma très profonde reconnaissance pour avoir accepté d'être mon tuteur de recherche sur le plan clinique durant ces trois années de thèse. Je le remercie infiniment pour son haut niveau d'humanité ainsi que pour sa capacité à ne jamais abandonner et à toujours vouloir le meilleur pour chacun de nos patients. Je suis très honorée d'avoir pu exercer au sein de votre pôle de psychiatrie adulte Docteur Decker.

Aux membres du Jury,

Je vous remercie de votre haute bienveillance en ayant accepté de lire et d'évaluer ce travail. Je vous remercie pour le temps précieux que vous allez consacrer à cela. Je vous remercie infiniment pour les critiques que vous formulerez, qui me permettront d'avancer et de continuer à douter... Enfin, je ne sais comment vous remercier pour votre présence en soutenance et pour les rapports que vous ferez. Je suis très honorée de réunir un Jury aussi prestigieux que celui-ci et je pense que je ne pourrais m'empêcher d'exprimer une certaine émotion et admiration le jour J.

À **mes amis**, notamment les membres de l'association Par(en)thèse, sans qui je n'aurais jamais pu "survivre" au doctorat et le sentiment d'isolement associé. À **Nanou**, Livia, Ludo, Manon, Bé, Laaaura ... À Florian, Béa, Mahdia, Miloud au CS l'histoire est écrite avec vous. À Tahar et Alex, mes amis depuis le CREPS, rapport à mon premier métier. À Tahar, pour m'avoir dit un jour, alors que je consultais le livre sur sa table « Cécile **Cyrulnik** c'est pas Musso », car l'esprit sportif m'a poussée à dépasser cette réflexion ... À mon ami d'enfance, **David Pilcer**, parce qu'on faisait les 400 coups et que l'on était insouciant... Tu as fait ta vie si loin, tu es heureux et je pense à toi aujourd'hui...

À Benjamin Levy, parce que toi seul a la clé de la demeure...

À ma famille qui a supporté mon projet, mais surtout à Nano et à Marraine, qui nous ont quittés depuis longtemps, mais sans qui, je n'aurais jamais fait ce métier et cette recherche...

Mais aussi, et je ne l'oublie pas, à **Dora** (comme le cas de Freud non pas comme l'exploratrice !), "Dodo", voilà 8 ans maintenant que tu es avec moi, le temps d'un doctorat... Tu auras été une fidèle compagne pendant toutes ces années passées à étudier... À Peytonsauier pour avoir eu le courage de m'accompagner dans mes péripéties à Grenade.

Enfin, à ma Mère, sans qui, je n'aurais jamais eu cette richesse imaginaire, cette force de caractère et ce goût prononcé du travail. Je te la dédie **maman**... Alors lis-la !

SOMMAIRE

1.	PARTIE I : INTRODUCTION : INTERETS DE LA RECHERCHE	13
1.1.	INTERETS SCIENTIFIQUES	15
1.2.	INTERETS PERSONNELS	20
2.	PARTIE II : LES PSYCHOSES DISSOCIEES, UNE REVUE DE LA LITTERATURE	22
2.1.	PSYCHOSES DISSOCIEES ET FOLIE MANIACO-DEPRESSIVE	22
2.1.1.	DEREALISATION ET DEPERSONNALISATION	22
2.1.2.	LE CLIVAGE DU MOI	24
2.1.2.1.	INTRODUCTION	24
	<i>Tableau 1 Les conflits entre les instances dans la structure psychotique</i>	25
2.1.2.2.	LE DEDOUBLEMENT DU MOI	26
2.1.2.3.	CONCLUSIONS ET UTILITE CLINIQUE DU CONCEPT DE CLIVAGE DU MOI.	29
2.1.2.4.	RESUME	31
2.1.2.5.	LA DISSOCIATION	32
2.1.2.6.	LA DISSOCIATION SCHIZOPHRENIQUE	33
2.1.2.7.	LIMITES ET AVANTAGES DE LA <i>SPALTUNG</i>	34
2.2.	LA SCHIZOPHRENIE	35
2.2.1.	APPROCHE PSYCHIATRIQUE	36
2.2.2.	RESUME	39
2.2.3.	DES DEMENCES PRECOCES DE KRAEPELIN A LA SCHIZOPHRENIE DE BLEULER	39
2.2.4.	RESUME ET REFLEXION EN VUE D'OUVERTURES	41
2.2.5.	ÉLÉMENTS CONCLUSIFS	47
2.2.6.	DE LA SCHIZOPHRENIE DE BLEULER ET JUNG AUX SYMPTOMES DE RANGS DE SCHNEIDER	49
	<i>Freud, Jung et Bleuler</i>	49
	<i>Des troubles des associations ou de « la libido » mal-organisée ?</i>	51
2.2.7.	RESUME ET OUVERTURES THEORICO-CLINIQUES	54
2.2.8.	LE GROUPE DES SCHIZOPHRENIES DE BLEULER	55
2.2.9.	LES SYMPTOMES FONDAMENTAUX	57
2.3.	CONCLUSIONS NON EXHAUSTIVES CONCERNANT LE GROUPE DES SCHIZOPHRENIES DE BLEULER	61
2.3.1.	LES SYMPTOMES DE PREMIER RANG DE KURT SCHNEIDER (1959)	63
2.3.2.	LES SYMPTOMES DITS « NEGATIFS »	64
2.4.	LE DSM-3 UN TOURNANT THEORIQUE	67
		5

2.4.1.	DSM-IV ET DSM-IV-TR	70
2.4.2.	ELEMENTS DEFINITOIRES : APPROCHE CATEGORIELLE ET APPROCHE DIMENSIONNELLE	72
2.4.3.	EMERGENCE DE L'APPROCHE DIMENSIONNELLE	72
	<i>Evolution de la schizophrénie en l'état...</i>	73
2.4.4.	DSM-5 ET LE MODELE HYBRIDE DIMENSIONNEL	75
	L'hégémonie du spectre schizophrénique...	75
2.5.	APPORTS CLINIQUES PSYCHANALYTIQUE CONCERNANT LES PSYCHOSES DISSOCIEES	78
	« La mort ou la folie ? » La question de la néantisation et du « droit à la vie »	78
2.5.1.	MISE A L'EPREUVE DU REFERENTIEL PSYCHOPATHOLOGIQUE BERGERETIEN	80
2.5.2.	DESTINS DES PULSIONS ET NARCISSISME	82
2.5.3.	LA THEORIE DES PULSIONS SELON JEAN BERGERET	85
2.5.4.	LA VIOLENCE ET LA MORT	86
2.6.	LA NOTION DE « FANTASMES PRIMAIRES » CHEZ JEAN BERGERET	87
	<i>Réflexion et ouverture eu égard au passage freudien – bergerétien en termes de « fantasmes fondamentaux »</i>	89
2.7.	ATTAQUES DE LA PENSEE, DESTRUCTION DES LIENS ET « PANS-EM-ENTS » PSYCHOTIQUES	90
2.8.	RESUME DES APPORTS DE BION DANS LA COMPREHENSION DE LA SCHIZOPHRENIE	93
2.9.	L'ANALYSE TRANSFERENTIELLE DANS LE CHAMP DES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES	93
2.10.	EROS ET THANATOS, LE DUO INFERNAL SELON ANDRE GREEN	96
2.10.1.	LES EFFETS DE LA PULSION DE DESTRUCTION ET L'HALLUCINATION NEGATIVE	96
2.10.2.	LA TRACE DE L'ABSENCE	102
2.10.3.	« LA MERE SUFFISAMMENT MAUVAISE »	103
2.10.4.	FORCLUSION ET NARCISSISME NEGATIF	104
2.10.5.	LE TRAVAIL NEGATIF DU MOI	105
2.10.6.	LES OBJET-FANTOMES	106
2.11.	LE DEUIL DES ORIGINES ET L'ANTOEDIPE EN GUISE DE CONCLUSION	106
2.12.	DISTINCTION ENTRE ORGANISATION SCHIZOPHRENIQUE PARANOÏDE ET ORGANISATION	
	SCHIZOPHRENIE SIMPLE DANS LA LIGNEE STRUCTURELLE PSYCHOTIQUE	107
	<i>Introduction à la pensée kleinienne</i>	107
2.13.	DIFFERENTIEL BERGERETIEN PAR RAPPORT AUX STADES DE DEVELOPPEMENT LIBIDINAUX	110
	<i>Schéma Récapitulatif du modèle bergerétien (inspiré par Freud [1905, 1916, 1920, 1923], par Klein [1921] et Abraham [1912]) du développement libidinal par stades</i>	110
	<i>Tableau 2. SYNTHÈSE DU MODÈLE BERGERÉTIEN</i>	112
3.	PARTIE III : LA PARANOÏA	113

3.1.	INTRODUCTION ET PROPOSITIONS PREALABLES DE PONTS ENTRE LES MODELES STRUCTURALISTES	113
3.1.1.	CONCLUSIONS AUX DONNEES INTRODUCTIVES ET OUVERTURE A LA RECHERCHE	117
3.2.	APPROCHE PSYCHIATRIQUE	118
	<i>Délire de revendication, de quérulence et de jalousie versus délire d'interprétation et de persécution</i>	119
3.2.1.	EVOLUTION HISTORIQUE DE LA PARANOÏA	123
	<i>Tableau 3 : Entités associées au terme « paranoïa » au fil des versions successives du DSM</i>	123
3.2.2.	L'EVANOUISSEMENT NOSOGRAPHIQUE DE LA PARANOÏA DANS LE DSM-5 - INDEX	126
	<i>Paranoid Personality Disorders</i>	127
3.2.3.	DELUSIONAL DISORDERS (DD-PURE PARANOÏA)	129
3.2.4.	LA NATURE BIZARRE OU NON BIZARRE DES TROUBLES DELIRANTS	130
3.2.5.	ÉLÉMENTS DE REFLEXION AU SUJET DE LA CLASSIFICATION ET MISE AU POINT EN FONCTION DU MODELE BERGERETIEN	133
3.2.6.	LA PARANOÏA DANS LE PDM-1 ET PDM-2	135
3.3.	APPROCHE METAPSYCHOLOGIQUE DE LA PARANOÏA	137
3.3.1.	RETOUR SUR LE MODELE BERGERETIEN	137
3.3.2.	« LE CARACTERE » DANS LE MODELE STRUCTURALISTE PSYCHANALYTIQUE BERGERETIEN	138
3.3.2.1.	LES CARACTERES PSYCHOTIQUES	138
3.3.2.2.	LE CARACTERE PARANOÏAQUE	139
3.3.3.	DISTINCTION ENTRE PRE-PSYCHOSE ET PARANOÏA	140
3.3.4.	LA FIXATION ANALE DANS LA PARANOÏA	140
3.4.	PISTES DE RECHERCHE ET OUVERTURES SUR LA THEORIE DES PULSIONS EN PARTANT DE LA PROBLEMATIQUE DE LA SCENE PRIMITIVE	142
3.4.1.	QU'EST-CE QUE LE FEMININ ?	144
3.4.2.	RESUME INTERMEDIAIRE	146
3.4.3.	LE MYTHE DE PELASGE DE LA CREATION	146
3.5.	RESUME-CONCLUSION	148
3.6.	LE STADE DU MIROIR ET LA CASTRATION FEMININE	149
3.6.1.	L'ORDRE SYMBOLIQUE ET LA METAPHORE PATERNELLE	152
3.6.2.	LES SOLUTIONS SUBSTITUTIVES A LA FORCLUSION DU NDP	153
3.7.	LA VALENCE MASOCHISTE ET DESTRUCTRICE DANS LA PARANOÏA	155
3.8.	LA FORCLUSION UN CONCEPT AU CARREFOUR DU STRUCTURALISME	157
3.9.	L'ELABORATION DU DELIRE SELON MALEVAL	158
3.10.	L'ECHELLE DES DELIRES PROPOSEE PAR J.-C. MALEVAL, ELEMENTS THEORIQUES	158

3.11.	CONCLUSIONS SUR LES FORCLUSIONS (FONCTIONNELLES, PROCESSUELLES ET STRUCTURALES)	160
	CONCLUSION : DISTINCTION ENTRE SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE ET PARANOÏA	161
	<i>Tableau 4 : Résumé des nosographies psychiatriques et psychanalytiques concernant la paranoïa versus la schizophrénie paranoïde</i>	165
4.	PARTIE IV : L'APPROCHE DES PSYCHOSES DISSOCIEES PAR LE TEST RORSCHACH	167
4.1.	REVUE DE LA LITTERATURE DANS LE CHAMP DES PSYCHOSES DISSOCIEES AU TEST DE RORSCHACH	169
4.2.	INTRODUCTION AU MODELE DE L'ECOLE DE PARIS	169
4.2.1.	HISTORIQUE DE L'ANALYSE RORSCHACH DANS LES PSYCHOSES DISSOCIEES	170
4.3.	L'ECOLE DE PARIS DANS LE CHAMP DES PSYCHOSES DISSOCIEES	173
4.4.	CRITERES DE L'ECOLE DE PARIS DANS LE CHAMP DES PSYCHOSES DISSOCIEES	174
4.4.1.	LES PSYCHOSES	175
4.4.2.	LA SCHIZOPHRENIE	179
4.4.3.	LA PARANOÏA	181
4.5.	LES TRAVAUX DU GROUPE DE NANCY	182
4.5.1.	LA SCHIZOPHRENIE	182
4.5.2.	LA PARANOÏA	183
4.5.3.	LA REPRESENTATION DE SOI	188
4.5.3.1.	NIVEAU 1 DE LA GRILLE DE RELATION D'OBJET	191
4.5.3.2.	NIVEAU 2 DE LA GRILLE DE LA RELATION D'OBJET	192
4.5.3.3.	NIVEAU 3 DE LA GRILLE DE LA RELATION D'OBJET	193
4.5.4.	GRILLE DE LA RELATION D'OBJET SELON LE GROUPE DE NANCY RESUMEE	193
	La relation d'objet	193
4.5.5.	LA MENTALISATION AU TEST DE RORSCHACH SELON LE GROUPE DE NANCY	194
4.6.	L'ECOLE DE LAUSANNE ET LES PSYCHOSES DISSOCIEES	197
4.6.1.	ABSENCE DE CONSCIENCE INTERPRETATIVE ET CRISE IDENTITAIRE DANS LA PSYCHOSE	197
4.6.2.	LES PHENOMENES PARTICULIERS ET LES TROUBLES DE LA PENSEE	202
4.6.3.	CONCLUSION	208
4.7.	L'ECOLE AMERICAINE	209
4.8.	CONCLUSION	216
4.9.	TABLEAU 5 : RESUME DES TRAVAUX ENONCES DANS LA LITTERATURE, SUIVI DES GRILLES DE LA PARANOÏA ET DE LA REPRESENTATION DE SOI.	217
4.10.	ENONCE DES HYPOTHESES THEORIQUES	218
5.	PARTIE V : METHODOLOGIE	221
5.1.	INTRODUCTION	221

A.	Discussion sur les options méthodologiques de notre recherche :	222
B.	Constitution des échantillons :	224
	<i>Tableau 6 : récapitulatif des sujets de l'échantillon (les noms et prénoms utilisés sont tous des noms d'emprunts afin de respecter l'anonymat des sujets).</i>	227
C.	Justification du choix des outils privilégiés	229
D.	Entretiens cliniques	229
E.	Test de Rorschach	231
5.2.	SYNTHESE DE LA METHODOLOGIE D'ANALYSE DU GROUPE DE NANCY	233
5.2.1.	DONNEES DU PSYCHOGRAMME	234
5.2.2.	LA RELATION D'OBJET	235
5.2.3.	LES MECANISMES DE DEFENSE	236
	L'angoisse dominante	238
	L'organisation du Moi	238
F.	MMPI-2-RF	238
G.	Echelle (tableau 7) des indicateurs de la paranoïa au test de Rorschach pour le différentiel avec la schizophrénie	241
H.	La grille (tableau 8) de la représentation de soi	242
5.3.	HYPOTHESES DE TRAVAIL	244
	❖ Population générale versus population psychotique dissociée	244
	❖ Sous-groupe schizophrénie versus sous-groupe schizophrénie paranoïde versus sous-groupe paranoïa	246
6.	PARTIE VI : ANALYSE DES RESULTATS	252
	<i>Statistiques descriptives (n= 81) et premières analyses descriptives</i>	252
	<i>Tableau 9 : statistiques descriptives de l'échantillon total</i>	252
	<i>Statistiques descriptives en fonction des trois sous-groupes</i>	257
	<i>Tableau 10 : descriptif des moyennes et écarts types en fonction du diagnostic projectif et psychiatrique convergeant.</i>	257
	<i>Statistiques appliquées et analyse des résultats</i>	263
6.1.	T.TEST ENTRE LA POPULATION TOUT-VENANT ET LA POPULATION PSYCHIATRIQUE	264
	<i>Tableau 11 Récapitulatif des indicateurs entre la population tout-venant et la population psychiatrique (psychotique dissociée)</i>	268
6.2.	CONCLUSION SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE ENTRE LA POPULATION TOUT-VENANT ET LA POPULATION PSYCHIATRIQUE PSYCHOTIQUE DISSOCIEE	270
6.3.	INTRODUCTION AUX RESULTATS STATISTIQUES :	272
	<i>Tableau 12 de synthèse des indicateurs significatifs sur les deux tests (non-paramétrique et ANOVA)</i>	272

6.4.	ANALYSE DES RESULTATS AUX TESTS NON-PARAMETRIQUE (WILCOXON) ENTRE LES TROIS SOUS-GROUPES DE L'ECHANTILLON	276
	<i>Tableau 13 : Tableau récapitulatif des résultats aux tests non-paramétriques entre les trois sous-groupes</i>	276
6.5.	TESTS ANOVA ENTRE LES TROIS SOUS-GROUPES DE L'ECHANTILLON	279
	<i>Tableau 14 Récapitulatif des tests paramétriques et intensité des liens (Eta2)</i>	279
7.	PARTIE VII : INTERPRETATION ET DISCUSSION	281
7.1.	LES LIENS A LA REALITE	282
7.2.	LA CAPACITE AU REFOULEMENT ET L'ADAPTATION SOCIALE	283
7.3.	LA QUALITE DE L'ESPACE IMAGINAIRE ET DU NIVEAU DE SYMBOLIQUE	284
7.4.	SYNTHESE DE L'INTERPRETATION DES RESULTATS CONCERNANT LA COMPARAISON STATISTIQUE DES INDICATEURS ENTRE LA POPULATION PSYCHIATRIQUE ET LA POPULATION TOUT-VENANT	285
7.5.	INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS ENTRE LES TROIS SOUS-GROUPES DE L'ECHANTILLON PSYCHIATRIQUE	287
7.6.	ÉTUDE DE STYLE QUALITATIVE SUR QUELQUES EXEMPLES DE REPONSES TYPIQUES DONNEES DANS LES PROTOCOLES DE L'ECHANTILLON DES SUJETS D'ORGANISATION PARANOÏAQUE	291
7.7.	LA REPRESENTATION DE SOI, UN NOUVEL INDICATEUR FIABLE ET ROBUSTE	304
7.8.	ANALYSE DES DIFFERENCES INTER-GROUPES CONCERNANT LA REPRESENTATION DE SOI	305
	<i>Tableau 15 : résultats des différences intergroupes concernant la représentation de soi</i>	305
7.9.	ETUDE QUALITATIVE CONTRASTEE ENTRE TROIS CAS CLINIQUES EXEMPLAIRES DE LA LIGNEE STRUCTURELLE PSYCHOTIQUE DISSOCIEE :	306
	PREMIER CAS CLINIQUE EXEMPLAIRE : CATHERINE UN CAS DE PARANOÏA FEMININE	307
	<i>Les troubles de la personnalité paranoïaque</i>	308
	<i>CATHERINE RE-TEST RORSCHACH 2018</i>	315
	<i>Analyse du test de Rorschach de Catherine</i>	326
	<i>Analyse clinique</i>	329
	<i>Conclusions</i>	333
	<i>Analyse transféro-contre transférentielle</i>	333
	SECOND CAS CLINIQUE EXEMPLAIRE : JOSEPH UNE ORGANISATION SCHIZO-PARANOÏDE DISSOCIEE	335
	<i>Analyse du test de Rorschach</i>	349
	<i>Analyse clinique</i>	351
	<i>Analyse transféro-contre transférentielle</i>	353
	TROISIEME CAS CLINIQUE : DOUG, UN CAS DE SCHIZOPHRENIE DISSOCIEE	356

<i>Données d'anamnèse :</i>	356
<i>Protocole Rorschach:</i>	357
<i>Analyse clinique et transférentielle</i>	364
DEUX CAS CLINIQUES D'A-STRUCTURE DECOMPENSEES EN PSYCHOSE DISSOCIEES	365
CAS DE DECOMPENSATION PSYCHOTIQUE SECONDAIRE D'UN ETAT LIMITE EN PARANOÏA : ALI, 45 ANS	366
<i>Introduction, intérêt du cas dans une perspective préventive</i>	366
<i>Données d'anamnèse Ali</i>	367
<i>Interprétation du protocole Rorschach</i>	375
<i>Analyse clinique et transférentielle</i>	378
CAS DE DECOMPENSATION PSYCHOTIQUE SECONDAIRE D'UN ETAT LIMITE EN SCHIZOPHRENIE : JORDAN, 35 ANS	380
<i>Analyse Rorschach</i>	389
<i>Analyse clinique et transféro-contre transférentielle</i>	393
<i>Conclusions</i>	394
ETUDE CLINIQUE LONGITUDINALE D'UN CAS DE PARANOÏA A TRAVERS LE MMPI-2RF ET LE TEST DE RORSCHACH	396
<i>Manuel 35 ans – diagnostic de paranoïa pure</i>	396
<i>MMPI 2-RF en T1 et T2 (24 mois après)</i>	402
<i>Interprétation des échelles principales</i>	403
<i>Interprétation des échelles d'externalisation</i>	407
<i>Evaluation clinique et projective de Manuel en deux temps</i>	417
<i>Rorschach en T1</i>	417
<i>Passation psychanalytique T1</i>	421
<i>Rorschach - Re-test (24 mois plus tard) en T2</i>	422
<i>Degré de représentation de soi</i>	427
<i>Tableau 16 Pourcentage de représentation de soi entière unitaire de Manuel en T1 et T2</i>	427
<i>Analyse des protocoles Rorschach de Manuel (2015-2017)</i>	429
<i>Analyse clinique et contre-transférentielle</i>	432
<i>Discussion et conclusion étude longitudinale</i>	434
<i>Tableau 17 : rang des scores du % de représentation de soi des sujets d'organisation paranoïaque</i>	439
8. PARTIE VIII CONCLUSION	447
<i>A. Retour sur les hypothèses</i>	447

<i>B. Apports les plus importants de ce travail</i>	465
<i>C. Critiques et limites de votre travail</i>	471
<i>D. Pistes de recherches futures à proposer à partir des constats précédents émis en conclusion</i>	
9. BIBLIOGRAPHIE	476

1. Partie I. Introduction : Intérêts de la recherche

Cette recherche de doctorat adopte une perspective psychodiagnostique différentielle, dans le sens où nous avons été amenée à interroger les personnalités des sujets rencontrés en psychiatrie pour les inclure dans la population présentée. Dans le but d'organiser les sous-groupes de notre échantillon ainsi que de comprendre, décrire et analyser les processus psychiques qui sous-tendent la symptomatologie d'apparence desdits patients à travers l'analyse clinique et projective. L'approche transnosographique proposée par la première auteure et ses directeurs de thèse, s'inscrit dans un long cheminement de réflexion épistémologique au sein du groupe de recherche en psychopathologie à Nancy. Le croisement entre l'approche psychiatrique et structuraliste psychanalytique requiert une double spécialisation ainsi qu'une certaine *agilité nosologique* pour passer d'un modèle à l'autre sans perdre l'essence de ce qui les constitue respectivement en cours de route.

À travers cette introduction il s'agira dans premier temps de décrire le cheminement qui nous a naturellement conduits à élire comme thématique de recherche de doctorat « les productions imageantes » au test de Rorschach, chez les patients issus des services psychiatriques. L'« esthétique » jugulé dans « l'activité de représentation » au test, telle que Nina Rausch de Trautenberg (1990) l'a décrite, nous a d'emblée interpellée au cours de notre parcours. Ce « support des projections fantasmatiques » riche, chargé d'une transmission filiale, s'est imposé à nous comme une évidence, sous l'égide d'Eros sublimée en *pulsion épistémophilique*, afin de questionner le plus finement possible les sous-basements de la personnalité des femmes et des hommes marqués par le « stigmatisme de la folie » (Erwin Goffman, 1968, 1975). Le but visé étant d'atteindre *la connaissance* pour donner du sens à ce qui parfois lui fait défaut... C'est à travers des heures d'entretiens (et la passation de Rorschach accompagnée de différents tests), sur une période de cinq années que nous avons tenté de comprendre l'homme ou la femme oublié(e) parfois au profit de l'étiquette diagnostique. Nous avons été guidée par le désir de saisir ce qui se passe pour eux, et de les comprendre. Notre souci aura été, en effet depuis le départ, de replacer le Sujet au centre du questionnement et de tenter de le comprendre au-delà de la dimension prospective et quantitative de cette étude (n=81). Ainsi, il nous semble que cette éthique de pensée et de

pratique sont les fils conducteurs de notre recherche, et ce, depuis le départ... La problématique pouvant être ainsi posée : « *Qui est le sujet d'étude ?* »

C'est l'ouverture à la différence - qui devait en passer par un travail personnel et intellectuel, entre les modèles psychanalytiques et ses questions épistémologiques et entre les méandres des nosographies psychiatriques - qui nous a orientée dans un second temps... Notamment à travers l'intérêt que nous avons porté aux modèles anglo-saxons, psychiatriques et psychodynamiques (DSM VI-TR, A.P.A. 2000 ; DSM-5, A.P.A., 2013 ; PDM, A.P.O., 2006 ; PDM-2, A.P.O., 2015). Mais aussi en mobilisant dans cette recherche les différentes écoles d'interprétation du test, dont les apports ont enrichi les analyses et la discussion.

Cependant, la méthode de l'Ecole de Paris est, et demeurera, le point d'ancrage ainsi que le référent théorico-méthodologique de cette recherche. Le courant projectiviste francophone (le groupe Parisien) à l'orientation freudienne est représenté par Nina Rausch de Traubenberg dont l'œuvre est incontournable telle *La pratique du Rorschach* (1990) ou d'autres apports telles les grilles de la représentation de soi et de la relation d'objet (Boizou *et al.*, 1978 ; Rausch de Traubenberg & Sanglade, 1984 ; Rausch de Traubenberg, 1990) qui ont jeté les premiers jalons d'une méthode rigoureuse ; mais toujours tournée vers le sujet et vers sa subjectivité. Méthode qui recourt à une analyse quantifiable du psychogramme, gage de son opérationnalisation statistique notamment à travers les résultats au psychogramme, ainsi qu'à une analyse qualitative du *verbatim* ; tel que le nommait Françoise Minkowska (1954), l'une des pionnières du test selon une perspective phénoménologique. Nous tenterons en outre de mettre en évidence les marqueurs psychiques issus des indicateurs du psychogramme au test de Rorschach chez la population étudiée.

Il n'en demeure pas moins que les travaux du groupe Suisse, représentés par Frieda Rossel (Rossel & Merceron., 1990, Rossel *et al.*, 2017) et Odile Husain (Husain *et al.*, 2001), équipe davantage centrée sur une clinique qualitative, travaillant sur la base de la sémiologie polysémique du discours et sa stylistique, ont depuis le départ influencé notre technique. Le groupe Suisse a été une source d'inspiration incommensurable, et le résultat transparait sûrement en filigrane dans les analyses et explicitement dans la *grille de la paranoïa*, un concept au test auquel nos travaux aboutissent en partie.

Catherine Azoulay (2007), dans l'article sur *Les mécanismes paranoïaques dans les épreuves projectives : revue des principaux auteurs*, a (re)posé la question de la place de la paranoïa dans la nosographie psychiatrique et au sein du débat en clinique psychopathologique. De par son origine, inscrite dans la lignée des *psychoses dissociées* dans le modèle de Jean Bergeret (1974), notre référent théorique, *l'évanouissement nosographique* de la paranoïa est aussi devenu une problématique adjacente, néanmoins incontournable et relative à cette recherche. Même si sa nature *dissociée* fera l'objet d'une discussion dans la partie théorique introductive (Psychoses dissociées et folie maniaco-dépressive mais aussi en fil rouge de notre réflexion, comme le lecteur pourra le constater).

L'ouvrage de Catherine Azoulay et d'Estelle Louët *Schizophrénie et paranoïa, Etudes psychanalytiques en clinique projective* (2016), évoque le diagnostic différentiel entre les deux organisations au Rorschach, et montre l'intérêt inépuisable pour cette question au test. Les travaux des projectivistes Nord-Américains, tel l'ouvrage sur le problème épineux du diagnostic différentiel entre schizophrénie et paranoïa au Rorschach, fraîchement publié par James H. Kleiger (2017) - représentant du R-PAS en ce qui concerne la problématique des psychoses, à partir du nouveau modèle Nord-Américain de passation et cotation du Rorschach - confirment l'intérêt de poursuivre les recherches sur la paranoïa au niveau international. Entité trop souvent éludée des recherches cliniques car peu encline à coopérer au premier abord...

1.1. Intérêts scientifiques

Roy Schafer (1953, 1954, 1960) a été le premier à développer des grilles de contenus d'analyses Outre-Atlantique, pour permettre plus facilement l'opérationnalisation quantitative du test de Rorschach. Puis Endicott & Jortner (1966) et Jortner (1972) ont largement contribué à ces travaux par leurs apports sur les contenus de la suspicion et de la dépression. D'autres études quantitatives telles que celle de Stuart (1990) sur les relations d'objets ou telles que celles portant sur les mécanismes de défense (Bahnson & Bahnson, 1966 ; Baxter *et al.*, 1963 ; Cooper *et al.*, 1988), ont enrichi le panel du groupe Américain (dont les modèles sont aujourd'hui nombreux et hétérogènes). Nous évoquerons ainsi le CS Comprehensive-System et les travaux titanesques de John Exner qui lui sont associés (Exner *et al.*, 1977 ; Vincent *et al.*, 1991 ; Exner, 1992 ; Exner, 2002 ; Meyer *et al.*, 2008 ; Exner, 2013). Nous

n'oublierons pas d'évoquer enfin le R-PAS - actuellement représenté par Gregory, J. Meyer, Robert Erard, Joni L. Mihura et Donald J. Viglione (Mihura & Meyer, 2015, Meyer *et al.*, 2016 ; Mihura & Meyer, 2017) - qui tend à remplacer le CS Comprehensive-System exnérien chez les cliniciens aux Etats-Unis (Mattlar, 2011).

Du côté francophone, les études quantitatives étaient plus rares mais un regain d'intérêt pour la validation des normes s'est opéré ces dernières années. Dans l'histoire du Rorschach, Hermann Rorschach (1921) fût le premier, en Suisse, à inaugurer son test sur un échantillon important, composé de 405 sujets, mais très hétérogène. Cécile Beizmann (1952, 1966) a quant à elle recueilli 400 protocoles lorsqu'elle travaillait au CNRS sous la direction de Wallon, et en vue de la réalisation du *Manuel de Rorschach adapté à l'examen des jeunes enfants*. C'est son manuel (*Livret de cotation des formes*, Beizmann, 1966) qui sera la référence principale de nos cotations, en complément du *Nouveau manuel de cotation des formes*, apport de l'équipe de Paris Descartes (Azoulay, Emmanuelli & Coroyer, 2012).

Claude De Tychey et l'équipe GR3P (en 2012, équipe devenue PsyClip en 2018), ont contribué à la validation des normes Rorschach selon la méthode de l'Ecole de Paris chez la population tout-venant. Leur étude, menée sur un échantillon de 310 sujets représentatif de la population française, a été conduite en Lorraine ; c'est-à-dire dans la même zone géographique que la présente recherche. En 2014, Claude De Tychey a proposé une nouvelle lecture plus structurale de la grille de la représentation de soi proposée par Marie-France Boizou, Catherine Chabert et Nina Rausch de Trautenberg (1978) - révisée par Nina Rausch et Anne Sanglade (1984) et révisée pour la seconde fois par Nina Rausch (1990) offrant ainsi l'opportunité d'utiliser cet outil comme complément aux analyses quantitatives du psychogramme pour les futures recherches sur de larges échantillons.

L'équipe de Paris Descartes (Azoulay *et al.*, 2007), représentante de l'Ecole de Paris, a validé les normes, couvrant la population française non clinique de l'entrée dans l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte (13-25 ans) sur un échantillon de 278 sujets.

Grâce à ces travaux, les psychologues cliniciens projectivistes disposent donc actuellement d'un support psychométrique fiable permettant de caractériser la population tout-venant adolescente et adulte. Il manque précisément les normes correspondantes pour la

population psychiatrique, même si des sous-catégories doivent être organisées pour obtenir des groupes relativement hétérogènes.

C'est sur la base de ces supports normatifs que nous fondons nos hypothèses et nos analyses dans la conduite de cette démarche de validation diagnostique chez la population psychotique dissociée, issue des services de psychiatrie français. En effet, nos hypothèses tiennent au fait que les indicateurs dits « normaux » soient établis comme une référence et comme un outil différentiel pour l'analyse des résultats relevés dans notre échantillon (n=81). Nous postulons en faveur d'indicateurs majeurs du psychogramme effondrés (ou parfois très élevés, ex° F% à 100), tels que le F+%, le G+%, la succession, les banalités, témoignant de liens à la réalité et d'une adaptation sociale (Chabert, 2012 ; J. Richelle *et al.*, 2009) significativement différents de ceux observés dans la population générale. De même que la qualité de la représentation de soi (Rausch de Traubenberg, 1990 ; De Tychev, 2014) des mécanismes de défense (Rausch et Boizou, 1976 ; Chabert, 1986, 2012 ; De Tychev, 2012), de la relation d'objet (Kernberg 1975 ; Rausch de Traubenberg, 1990 ; Chabert, 2012 ; De Tychev, 2012) et de l'angoisse sous-jacente (Mireille, 1966 ; De Tychev, 1986 ; Sagnes et De Tychev, 1989 ; Collado, 1996 ; Chabert, 2012) seront à priori notablement différente de celle des groupes non cliniques (De Tychev *et al.* , 2012 ; Azoulay *et al.*, 2007). Si cette recherche a pour but de proposer la validation d'un nouvel indicateur, **le pourcentage de représentation de soi entière unitaire**, les indicateurs du psychogramme ainsi que certains indicateurs qualitatifs de contenus importants (*Perspective anale* et *Yeux*, Schafer, 1954), elle n'en délaisse pas moins les techniques d'analyses énumérées et indispensables pour appréhender les psychismes investigués. Les autres grilles feront l'objet de recherches post-thèse. Les protocoles recueillis et la clinique accumulée ces dernières années contiennent tant de données que nous ne saurions toutes les exploiter seulement sur cette recherche ; mais nous tenterons de développer de nombreux cas clinique en partie VII afin de démontrer la richesse de ces données, parallèlement aux analyses comparatives quantitatives que nous entreprendrons.

Le croisement entre le modèle structuraliste psychanalytique bergerétien et les modèles anglo-saxons psychiatriques et psychodynamiques nous a conduits à faire émerger et à mettre en saillance les points d'achoppement entre ces nosographies. La dislocation de la paranoïa en est un, entité psychanalytique travaillée par Freud (1911, 1915, 1920) à travers le

cas du Président Schreber (1911) et de paranoïa féminine (1915, 1920), puis dans la thèse de Lacan (1931) concernant le cas Aimé. Ces recherches nous ont permis d'observer un tournant radical entrepris dans la nosographie psychiatrique aux USA à partir du D.S.M.-III (A.P.A., 1980). Il s'agit du démantèlement de la paranoïa en deux troubles de la personnalité distincts, dont l'un vient s'inscrire dans le spectre schizophrénique : **Delusional Disorders**. Cette entité renvoie à la version décompensée de la paranoïa, et le débat qui a animé les spécialistes de l'axe I et de l'axe II du D.S.M. ces dernières années concerne le délire et son caractère « bizarre » ou « non bizarre » (Kendler, K.S., 1980 ; Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N.C., 1991 ; Munroe, 1999; O'dwyer, A. M., & Marks, I., 2000; Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P., 2001; Cermolacce, M., Sass, L., & Parnas, J., 2010 ; Shinn, A. K., Heckers, S., & Öngür, D., 2013). Dans un second temps, Paranoid Personality Disorders, qui renvoie la plupart du temps selon nous (Prudent *et al.*, 2017a) à la version non décompensée de la paranoïa, autrement dit à la paranoïa de caractère dans le modèle bergerétien (1974), disparaît de la classification car elle est trop peu étudiée. Un débat animé a tenu en haleine tous les spécialistes de l'axe II et des troubles de la personnalité ces dernières années. Le cluster A, dans lequel est rangé PPD, a été remanié (Skodol *et al.*, 2011), ainsi que les deux autres clusters. Chemin faisant, PPD fait partie des troubles de la personnalité (Personality Disorders), supprimés par la Task Force Group qui a travaillé à repérer les troubles de la personnalité aux faibles qualités métriques (parfois par simple manque de données liées aux conditions de recherche, comme PPD) dans le manuel diagnostique. PPD disparaît du modèle hybride, avant-gardiste car dimensionnel du DSM-5. Il aura fallu de nombreuses années de luttes de la part des psychodynamiciens américains, représentés par Otto Kernberg (2004), pour voir enfin évoluer le modèle catégoriel définitivement trop rigide et inadapté. La comorbidité des troubles de la personnalité (PD) très élevée a enfin convaincu les auteurs d'adopter un modèle plus souple et en cohérence avec la réalité clinique sur le terrain. Néanmoins, les cliniciens anglo-saxons qui œuvrent en psychiatrie se sont révoltés quant à la disparition de ce trouble (PPD) (Monroe, 1999 ; Grant *et al.*, 2004 ; Mullins-Sweat, Bernstein, Widiger, 2012 ; Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J., 2013 ; Blais & Malone, 2013) par défaut de recherche. Par exemple, S.F. Birkeland (2013) déplore le manque de données concernant ce trouble de la personnalité.

La schizophrénie n'est pas en reste en termes de débats nosologiques et épistémologiques... Les critères de premier rang « positifs » et « négatifs » de Kurt Schneider (1959, 1974) ont été appliqués dès la troisième version du D.S.M. (A.P.A., 1980) modifiant considérablement la classification de la maladie et menant quelque part à une forme d'hégémonie de ce spectre. Ce sont ces éléments que nous déploierons, analyserons et discuterons dans la présente recherche. Actuellement, nous ne disposons plus de manière de diagnostiquer la schizophrénie paranoïde dans le DSM-5 (A.P.A., 2013), les troubles délirants (**DD**) comme une continuité de ce spectre, mais dont le défaut est de ne pas permettre la distinction entre paranoïa et schizophrénie.

Nous détaillerons et mobiliserons le modèle psychodynamique anglo-saxon dont nous nous sentons plus proches sur le plan épistémologique. Les deux opus ont récemment été proposés par l'*Alliance Psychoanalytic Organization* (PDM-1, A.P.O., 2006 et PDM-2, A.P.O., 2015). Ce modèle repose sur les grands principes de la psychologie de l'égo représentée par Otto Kernberg et Heinz Kohut, développée sur la base de la théorie psychanalytique européenne. Robert M. Gordon vient d'apporter une validation robuste à ce modèle diagnostic (Gordon, 2017) qui repose principalement sur la relation d'objet, sur les mécanismes de défense, sur la théorie du narcissisme d'André Green (1983) ainsi que sur la notion de contre-transfert scotomisée dans la nosographie psychiatrique, pourtant au centre du dispositif clinique. Nous appliquerons l'échelle d'évaluation du PDM-2 (A.P.O, 2015) sur une partie de notre échantillon afin de tester cet outil fort enrichissant pour la sphère scientifique psychiatrique-psychodynamique. Nous avons posé les diagnostics psychiatriques relatifs à la nosographie américaine, DSM-IV-TR et DSM-5, dans toutes les situations cliniques [annexes].

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle le modèle proposé par l'A.P.O. et ses propositions diagnostiques, corroboreront avec le modèle psychanalytique structuraliste français de par leur homogénéité théorique sous-jacente. Le Psychodiagnostic Chart -2v.8.1 proposé par Gordon et Bernstein en 2017 sera l'outil que nous mobiliserons pour comparer notre modèle français (bergerétien) au modèle américain.

Enfin, pour conclure, notre discussion à l'issue de ce travail concerne les outils diagnostiques à la disposition des cliniciens dans la démarche de positionnement diagnostique psychiatrique de la psychose paranoïaque. En effet, dans nos travaux de master, nos directeurs

de thèse et nous-même avons mis en évidence la fragilité des questionnaires dans cette problématique (Prudent, Evrard, De Tychev, 2016). Nous pensons mettre à nouveau en évidence la stabilité du test de Rorschach dans le diagnostic différentiel de la paranoïa à travers une étude longitudinale test/re-test sur une tranche de l'échantillon afin de vérifier la fidélité du test après avoir vérifié sa validité (à travers l'étude quantitative) ; en revanche nous supputons mettre en évidence - à travers cette étude longitudinale portant sur un cas clinique - la difficulté du MMPI-2-RF à souligner les traits paranoïdes et l'organisation qui la sous-tend. L'étude longitudinale consistera en un test/re-test à 24 mois d'intervalle par l'évaluation bifocale conscient versus inconscient/ projectif versus questionnaire diagnostic MMPI. Nous avons choisi cette méthodologie intégrative pour la raison évidente que les sujets falsifient souvent leurs réponses car ils se sentent persécutés et en danger.

1.2. Intérêts personnels

2. Partie II : Les psychoses dissociées, une revue de la littérature

« *Psychotiques dissociés mais encore...* »

Fil rouge : différences et convergences entre la paranoïa, la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie et les autres psychoses...

2.1. Psychoses dissociées et folie maniaco-dépressive

2.1.1. Déréalisation et dépersonnalisation

Jean Bergeret (1974) décrit la structure psychotique comme correspondante à « une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie » (*Ibid.*, p. 72). Le « Moi n'est jamais complet » selon l'auteur, il « se trouve d'emblée morcelé » (*Ibid.*, p.72). Au sein des structures psychotiques, Bergeret (1972) distingue les psychoses soumises au processus de **dépersonnalisation** - de celles soumises au processus de **déréalisation** qui renvoie « au dédoublement des imagos » - à une atteinte dans « l'intégrité du Moi » :

...ce Moi commence par se cliver, par se dédoubler avant d'en arriver éventuellement à son ultime dégradation : l'éclatement, le morcellement en noyaux épars ayant perdu toute liaison entre eux (J. Bergeret, 1972, p. 189)

La **dépersonnalisation**, telle que la décrit Jean Bergeret (1972) constitue une opération très régressive, ce n'est plus avec les imagos et avec l'objet externe qu'il faut prendre de la distance, mais avec « **l'objet interne** » lié au « **narcissisme primaire** », sacrifié sur l'autel de la fragmentation selon l'auteur...

Bergeret (1972) distingue « deux temps de dépersonnalisation » suite à la perte narcissique : 1. « **L'hypocondrie** » moment/temps qui correspond à « la perte narcissique » inscrite « dans une récupération fantasmatique du corps du sujet » (Bergeret, 1972) ; 2. « **La position autique** » le second temps, selon Bergeret (1972), si cette « récupération fantasmatique » se fait à un niveau de registre psychique on en arrive là (crise dissociative).

La crise de dépersonnalisation correspond à une situation de **perte de l'objet narcissique** (ou en cours de perte) n'ayant pu obtenir de compensation fantasmatique ; mais là où le clivage des imagos a échoué à juguler « **la pression anxiogène** » (J. Bergeret, 1972, p. 210). Bergeret (1972, 1974) s'appuie sur les travaux de Freud et nous déploierons son analyse princeps afin de comprendre de manière plus fine les fondements des concepts de l'auteur disparu il y a peu (décédé en juillet 2016). Dans ce processus de déconstruction, le Moi du sujet va jusqu'à sa « **progressive fragmentation** : il en arrive à se dichotomiser lui-même », l'objet interne se trouve peu à peu sacrifié, jusqu'au moment où le « délire » corporel et/ou psychique ne permet plus la compensation narcissique ; c'est le moment où se déclenche « la crise de dépersonnalisation » (Bergeret, 1972). « Au-delà de ce stade on arrive au dédoublement de la personnalité, s'accroissant parfois jusqu'à sa fragmentation complète. » (Ibid., p. 210) **Déréalisation** et **dépersonnalisation** sont des processus tous deux liés au problème de la perte d'objet ; mais la *déréalisation* se situe au niveau préobjectal, tandis que la *dépersonnalisation* correspond à l'arrêt brutal, à une problématique de dialectique orale (en lien avec la position schizo-paranoïde). Selon Bergeret (1972) : « ces deux phénomènes participent à créer le sentiment d'étrangeté chez l'autre » (Ibid., p. 210).

Jean Bergeret (1974) distingue la mélancolie des deux autres psychoses appartenant à la lignée structurale psychotique, dans le sens où c'est selon lui une entité « qui occupe une place à part » dans le fondement de son étiologie. L'auteur respecte la dernière classification

(1909-1913, Tome 8) d'Emil Kraepelin puisqu'il conserve dans le même sous-groupe les schizophrénies (démences précoces), la paranoïa et la folie maniaco-dépressive (Kraepelin, 1909-1913). Nous suivrons sa proposition.

2.1.2. Le clivage du Moi

2.1.2.1. Introduction

Dans *Névroses et Psychoses* (1924), Freud rappelle le rôle du moi, dont la « position [est d'être un] intermédiaire entre le monde extérieur et le ça » (Freud, 1924, p. 284). Ce qui distingue selon lui les névroses des psychoses tient au fait que la « névrose serait le résultat d'un conflit entre le moi et son ça, la psychose elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur » (*Ibid.*, p. 282). Comme le rappelle Freud (1924), normalement le « monde extérieur exerce sa domination sur le moi de deux manières : premièrement par les perceptions actuelles (...) deuxièmement par le capital mnésique des perceptions antérieures » (*Ibid.*, p. 284). Or, que dans l'*Amentia*, puisque c'est l'exemple qu'il prend (une bouffée délirante), « l'admission de nouvelles perceptions est refusée », et le monde extérieur serait représenté en priorité par le « monde intérieur » dans ces situations morbides.

Le Moi se crée automatiquement un nouveau monde, extérieur et intérieur à la fois ; deux faits ne font aucun doute : ce nouveau monde est bâti suivant les désirs de ça, et le motif de cette rupture avec le monde extérieur, c'est que la réalité s'est refusée au désir d'une façon grave, apparue comme intolérable. ... Quant aux formes de psychose, les schizophrénies, on sait qu'elles tendent à déboucher sur l'hébétude affective, c'est-à-dire sur la perte de tout commerce avec le monde extérieur. En ce qui concerne les délires, quelques analyses nous ont appris que la folie y est employée comme une pièce que l'on colle là où initialement s'est construite une faille dans la relation du Moi au monde extérieur. (Freud, 1924, p. 286)

Il nous a semblé que Freud donnait ici la définition du processus de construction d'une néo-réalité basé sur le déni princeps de la réalité, propre aux psychoses, en lien avec le clivage du Moi et les processus primaires psychotiques. Dans un texte préalable, *L'Inquiétante étrangeté*, Freud (1919) a insisté sur le dédoublement du Moi dans les psychoses. Nous y revenons dans le point 2.1.2.2. Dans ce texte, *Psychoses et névroses*, Freud vient asseoir la

différence entre les psychoses, chez qui s'opère ce processus, de la psychose mélancolique qui relève davantage, selon lui, du fait du Surmoi archaïque. Freud (1924) écrit :

L'analyse nous autorise à admettre que la mélancolie est un cas exemplaire de ce groupe [dont les affections reposent sur un conflit entre le moi et le surmoi] ; nous aimerions pouvoir donner à ce genre de troubles, le nom de psychonévroses narcissiques. En effet, il ne serait point contradictoire avec nos sentiments que nous trouvions des motifs pour séparer des états comme la mélancolie des autres psychoses (Ibid., p. 286).

Freud (1924) distingue donc les psychoses soumises à un conflit entre le moi et le monde extérieur, de la psychose mélancolique (qu'il nommerait davantage *psychonévrose narcissique*) qui renvoie à un conflit entre le moi et le surmoi.

Bergeret (1974) reprend les concepts topiques et métapsychologiques de Freud et indique, comme nous l'avons vu, que l'organisation mélancolique se situe dans une optique assez différente par rapport aux deux autres organisations. Selon Bergeret (1974), cette structure mélancolique « correspond sur le plan topique à la fois à une faille du Moi et à une faillite de l'Idéal du Moi » (...) « L'angoisse a fait retour vers une angoisse de morcellement mais qui conserve son évolution antérieure plus progressive des marques de son anxiété anaclitique et phobique précédente » (Bergeret, 1974, p. 88) De plus, selon Bergeret (1974), le conflit topique dans la structure paranoïaque est lié à un Moi nettement distingué du non-Moi qui trouve « l'issue de l'autonomie dans une dépendance agressive à l'objet » (*Ibid.*, p. 88). La structure schizophrénique enfin, la plus basse dans le développement du moi se débat dans cette dialectique avec une crainte de morcellement liée à l'impossibilité ressentie « pour constituer un moi » (*Ibid.*, p. 87).

Dans le tableau récapitulatif de son ouvrage, *La personnalité normale et pathologique*, Bergeret (1974) synthétise la question des conflits topiques en fonction des organisations

Tableau 1 Les conflits entre les instances dans la structure psychotique

	INSTANCE DOMINANTE	NATURE DU CONFLIT

STRUCTURE PSYCHOTIQUE	ÇA	ÇA avec la RÉALITÉ
-----------------------	----	--------------------

Bergeret (1974, p. 146) résume ainsi le lieu de conflictualité, entre le Ça et la réalité dans la psychose et entre le Surmoi et le Ça dans la névrose. C'est précisément dans ce tableau (p. 146, 3^{ème} édition, 1974) que le **dédoublé du Moi** est évoqué comme défense principale chez ces sujets. La relation d'objet quant à elle serait fusionnelle, contrairement aux relations d'objets anaclitiques dans les a-structures ; ou encore de niveau génital dans les névroses.

2.1.2.2. Le dédoublement du Moi

Bergeret (1972, 1974), à l'instar de Freud (1919, 1940) en premier lieu dans *l'Inquiétante étrangeté et autres essais*, invoque le clivage du moi dans les psychoses. Freud s'appuie sur l'ouvrage d'Otto Rank *Le motif du double* qui attire son attention et il le résume en ces mots :

[Rank] examine les relations du double à l'image en miroir et à l'ombre portée, à l'esprit tutélaire, à la doctrine de l'âme et à la crainte de la mort ; mais du même coup est aussi mise en lumière la surprenante histoire de l'évolution du motif. Car le double était à l'origine une assurance contre la disparition du moi, un « démenti énergique de la puissance de la mort¹ » (O. Rank) et il est préférable que l'âme immortelle a été le premier double du corps. (Freud, 1919, p. 236)

Selon Freud (1919)

La création d'un tel dédoublement pour se garder de l'anéantissement a son pendant dans une mise en scène de la langue du rêve qui aime à exprimer la castration par redoublement ou multiplication du symbole génital. (Ibid., p. 237)

¹ C'est nous qui l'indiquons en gras, ainsi que tous les autres passages qui sont cités et signalés par nos soins en gras tout au long dudit manuscrit

Freud (1919) indique qu'on peut l'observer dans la culture des anciens Egyptiens chez lesquels il observe ces représentations où l'on peut aisément contempler l'expression du « narcissisme primaire, lequel domine la vie psychique de l'enfant comme du primitif » (*Ibid.*). Mais normalement [au sens du développement psychogénétique] : *avec le dépassement de cette phase, le signe dont est affecté le double se modifie, d'assurance de survie qu'il était, il devient l'inquiétant avant-coureur de la mort.* (*Ibid.*, p. 237)

Plus loin dans le texte sur *l'Inquiétante étrangeté*, Freud (1919) nous renseigne sur le délire de persécution, il évoque **la dissociation** dans ces problématiques, telle qu'il la conçoit (conscience morale dissociée du Moi par clivage) :

Dans le cas pathologique du délire de surveillance, elle est isolée (conscience morale), dissociée du moi par clivage, observable par le médecin. Le fait qu'il existe une telle instance, capable de traiter le reste du moi à l'instar d'un objet, donc que l'homme a la faculté de s'observer lui-même, rend possible de doter l'ancienne représentation du double d'un nouveau contenu et de lui attribuer bien des choses, principalement tout ce qui apparaît à l'autocritique comme faisant partie de l'ancien narcissisme surmonté des origines. (*Ibid.*, p. 237)

Alors certes, il ne s'agit pas du même concept de clivage du Moi que celui qu'il introduira en 1940, et nous y reviendrons, mais il a le mérite de mettre dès ce moment-là en évidence le sentiment qu'il crée chez nous (d'inquiétante étrangeté au contact), ainsi que la difficile intégration d'une forme de surmoi en rapport avec la question de la conscience morale (en ce sens il travaille déjà la théorie de 1923). Ainsi, c'est selon nous ici en référence à la notion de projection (*lui attribuer bien des choses à ce double*), introduite quelques années auparavant, dans *le Cas Schreber (1911)*, qu'il développe la notion princeps de clivage du Moi en 1919 tant comme un défaut de dédoublement d'avec l'archaïque primaire qu'un clivage avec la conscience morale. Avec l'idée selon laquelle, *le double, formation archaïque*, s'est transformé dans les développements harmonieux, comme ce qui fait retour à travers le caractère *d'inquiétante étrangeté* que l'on retrouve par exemple dans l'œuvre de Michel-Ange, *Moïse*, que Freud étudie avec beaucoup de fascination, d'admiration, comme il le relate à sa femme dans ses courriers. C'est cette œuvre qui lui insufflera selon nous tant d'inspiration pour théoriser le clivage du Moi (en ce sens aussi il prépare la théorie de 1923), dont les effets se font ressentir sur l'interlocuteur dans l'inquiétante étrangeté (*c'est ce qui fait retour*) :

*On ne peut en effet venir que du fait que le double est une formation qui appartient aux temps originaires dépassés de la vie psychique, qui du reste revêtait alors un sens plus aimable. Le double est devenu une **image d'épouvante** de la même façon que les dieux deviennent des démons après que leur religion s'est écroulée (Heine, *Les dieux en exil*). (Ibid., p. 238)*

En outre, nous ne partageons pas nécessairement l'avis de Denis Grilliat (1999) lorsqu'il soutient l'idée selon laquelle cette forme de clivage décrite par Freud en 1919 entre en résonance directe avec ses travaux de 1923, car nous ne sommes pas sans oublier les travaux de 1915 sur le destin des pulsions et sur les questions de la pulsion de vie et de la pulsion de mort associées au principe d'inertie, reprises par Green dans *Le travail du négatif* (2011), mais aussi et surtout les textes de Totem et Tabou dont *L'ambivalence dans les émotions* (1915). Si bien, que nous ne concevons pas non plus l'*Ichspaltung* comme le dédoublement du Moi dont il jette les prémisses dans ce texte de 1919 ou comme ce qui se « rapporte à peu près à la séparation entre conscient et inconscient » tel que l'infère Grilliat (1999) qui formule l'hypothèse selon laquelle Freud viendrait ici malaxer sa théorie en vue de celle de la deuxième topique. Il nous semble au contraire, premièrement, qu'il réinjecte la notion de déni et de projection introduites dans le champ de la paranoïa en 1911, puis dans un second temps important, qu'il vient questionner la mort délicatement

La question de la *Verwerfung* reprise par Lacan comme dépendante absolument et fondamentalement du complexe de castration, n'est certes pas si éloignée, mais non égale à notre avis ; ces questions se touchent, se superposent, peut-être mais à quel point et dans quelle mesure ? Nos hypothèses vont dans le sens de la formation de deux processus, d'une part la dissociation et d'autre part la forclusion. Et même si, comme Bergeret (2010) et Laplanche (2007) le proposent, la question de la mort est aussi associée à celle de la sexualité et de la castration originaires, il nous semble difficile pour l'instant, en l'état de notre raisonnement, de totalement les superposer, si tant est que nous puissions le faire ensuite sans parcourir des raccourcis théoriques trop simplistes. Rank a invoqué la castration originaires comme la castration ombilicale ensuite proposée par Françoise Dolto (1984). Lacan l'a indiqué dans ses séminaires, la mort est ce qui est non symbolisable pour l'inconscient symbolique. Les futures parties sous-tendront implicitement ces questionnements ; mais il semble évident que nous ne pouvons souscrire à l'hypothèse de Bleuler (1911) selon laquelle, comme l'indique Grilliat (1999), et nous y reviendrons plus précisément dans la sous-partie

qui est dédiée au père des schizophrénies, la *Zerspaltung* (phase de désagrégation, d'éclatement) serait originaire à la *Spaltung* et comme une condition préalable à la scission... La question de l'objet interne étant éludée de leurs propositions et Freud ayant déjà formulé cette critique à Bleuler (échanges épistolaires entre Freud et Bleuler parus aux éditions Flammarion en 2016).

Il n'en reste pas moins qu'en accord avec Grilliat (1999), **nous concevons la *Spaltung* comme l'effet du clivage du Moi**, du moins nous nous raccrochons en partie à cette proposition en raison de son apparition fréquente dans les textes de Freud dès 1919 mais plus distinctement en 1927 dans le texte *Le fétichisme*. Nous avons fait le choix de ne pas le travailler ici, dans le sens où celui de 1940 en est l'aboutissement et la suite fidèle.

2.1.2.3. Conclusions et utilité clinique du concept de clivage du Moi.

Si l'on se réfère aux textes de Freud (1919, 1940) - même s'il écrit dans le texte *Clivage du Moi dans les processus de défense* publié la première fois dans *l'Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago* en 1940, qu'il s'agit d'un nouveau concept - **le clivage du Moi est un mécanisme de défense** mis en lumière par lui dès 1919 (puis en 1927) et décrit très précisément en 1940 dans un texte édité à titre posthume (extrait ci-dessous) qui touche principalement les psychoses, et favoriserait selon lui le processus de **dépersonnalisation** ensuite décrit par Bergeret en 1972. Freud en 1940 décrit très finement le processus qui a lieu lors de l'enfance, il écrit :

Le Moi de l'enfant se trouverait donc au service d'une puissante revendication pulsionnelle qu'il est habitué à satisfaire, et il est soudainement effrayé par une expérience vécue qui lui enseigne que la continuation de cette satisfaction aurait pour conséquence un danger réel difficilement supportable. Il doit maintenant se décider : ou bien reconnaître le danger réel, s'y plier et renoncer à la satisfaction pulsionnelle, ou bien dénier la réalité, se faire croire qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur, cela afin de pouvoir rester attaché à la satisfaction. C'est donc un conflit entre la revendication de la pulsion de l'objection opposée à la réalité. Or, l'enfant ne fait ni l'un ni l'autre, ou bien plutôt il fait simultanément l'un et l'autre, ce qui revient au même. Il répond au conflit par deux réactions opposées, toutes deux valables et efficaces. D'une part à l'aide de mécanismes déterminés il écarte la réalité et ne se

*laisse rien interdire, d'autre part dans un même souffle il reconnaît le danger de la réalité, assume l'angoisse devant elle sous forme de symptôme de souffrance et cherche ultérieurement à s'en défendre. Il faut avouer que c'est là une très habile façon de résoudre la difficulté. Les deux parties en lutte y ont trouvé leur compte ; la pulsion peut conserver sa satisfaction, alors qu'à la réalité a été payé le tribut de respect qui lui est dû. Mais, comme on sait, seule la mort est gratuite. **Ce succès fut atteint au prix d'une déchirure qui ne guérira plus jamais, mais s'agrandira avec le temps. Les deux réactions au conflit, réactions opposées, persistent comme noyau d'un clivage du Moi.** L'ensemble du processus nous apparaît aussi étrange parce que nous tenons la synthèse des processus du moi pour quelque chose qui va de soi. Mais en cela nous avons manifestement tort. La fonction synthétique du Moi, si extraordinairement importante, a ses conditions particulières et est soumise à toute une série de perturbations.* (Freud, 1940, in 1970 traduit par R. Lewinter et J.B. Pontalis, p. 221-222)

Bergeret (1974), fidèle aux concepts freudiens, indique que la structure psychotique « correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie » (*Ibid.*, p. 72) et évoque le déchirement du moi du psychotique comme Freud l'a mis en évidence en 1940, un moi nécessairement *morcelé* et dont l'angoisse profonde n'est ni une angoisse de castration propre aux névroses ni une angoisse de perte d'objet propre aux a-structures, mais une angoisse de « destruction », « la mort par éclatement » (*Ibid.*, p. 72). Les mécanismes de défenses mis en avant dans cette structure sont la projection, le clivage du moi et le déni de la réalité. Bergeret (1974) met bien en évidence que ce sont ces mécanismes de défense qui « concourent à la naissance de phénomènes de dépersonnalisation, de dédoublement de la personnalité, ou encore de simple déréalisation » (Bergeret, 1974, p. 73) et reste fidèle à la proposition freudienne de 1940.

Dans la mélancolie, comme le rappelle Bergeret (1974), le moi a pu se constituer davantage que dans la schizophrénie ou la paranoïa :

... il semble en effet que le Moi mélancolique, bien que fortement régressé, ait atteint un niveau de maturation et d'adaptation antérieur bien supérieur à celui des organisations paranoïaques (Bergeret, 1974, p. 83)

Freud (1940) l'indiquait, Bergeret nous le rappelle en 1972, la mélancolie est donc moins soumise au processus de clivage du moi qu'au processus de culpabilisation morbide archaïque du surmoi, lorsque la perte de l'objet est réalisée, conduisant Freud (1940) à

proposer la nomination de *psychonévrose narcissique* pour cette entité, quoique psychotique, en raison des pertes des liens à la réalité constatées ; mais plus précisément en lien avec le phénomène de déréalisation plutôt que le phénomène de dépersonnalisation relatif à la dissociation.

Concernant la question du clivage du moi, Grilliat (1999), lui, s'appuie majoritairement sur Lucien Israël (1994) pour mener à une proposition tendant à confondre le clivage du moi et la *Spaltung*. Il désigne un clivage « venant couper le sujet de son altérité », dans le sens où selon, Israël la *Spaltung* se situe comme « le siège de l'altérité ». Pour Grilliat (1999), elle correspond à l'erreur d'inscription du sujet dans le symbolique. Le sujet, tel que Lacan l'isole, selon Grilliat (1999), revient comme pour Freud (1919) et Rank, au stade du miroir où se joue « un rapport isomorphe », où ce qui compte est ce que l'un et l'autre sont dans la représentation de ce qu'ils représentent. En 1936 puis en 1956, Lacan rappelle à nous ce jeu du miroir préalablement travaillé, lorsqu'il amène sa théorie de la forclusion du Nom-du-Père, comme si l'une et l'autre étaient indissociables justement... Nous y reviendrons en fin de partie III portant sur la paranoïa. La position paranoïaque est comme l'engluement dans ce miroir aux alouettes, de l'image et de la loi, de l'un ou l'autre selon Lacan (1956). Le dédoublement du moi est le résultat de la dissociation ou « du clivage du Moi » selon Grilliat (1999). Nous l'avons vu, la dissociation résulte du clivage du moi, entre autres choses, selon Bergeret (1974), il s'agit d'un phénomène processuel psychique ; mais le dédoublement du moi et le clivage du moi sont, selon nous, plutôt en rapport avec la nature essentielle de l'individu et avec ce qui le constitue de plus profond à explorer.

2.1.2.4. Résumé

Lorsque Freud parle de l'*Amentia*, il n'évoque pas la dissociation mais nous croyons que l'opposition se situe là : ce qui est forclos réapparaît dans le Réel (la castration Schreber, 1911) et ce qui est insupportable est projeté et fait retour du dehors (l'*Amentia*) selon le schéma où il y aurait d'abord la perte de l'objet narcissique (le double) ou *trauma*, projection, un déni et un clivage. Il s'agit d'une vision scolastique mais nous pensons que l'opposition peut être pratiquée terme à terme.

Il est évident que Jean Bergeret (1972, 1974) fait référence aux investissements et à ce sur quoi ils portent : (réalité, objet, type d'objet...). Mais la notion de dissociation dans la

tradition psychiatrique est descriptive et ne correspond pas à un processus de dépersonnalisation, tel que peuvent le concevoir Jean Bergeret ou Sigmund Freud, à moins de considérer une des formes de clivage comme étant le producteur de certains états. La paranoïa dans le modèle bergerétien, se rapporte en cela à une psychose dissociée en dichotomie à la mélancolie dite « folie maniaco-dépressive ». Selon Bergeret (1974) la mélancolie renvoie principalement au mécanisme d'identification à l'objet perdu ainsi qu'à la manie aux luttes anti-dépressives en raison d'une ambivalence non dépassée dans une perspective kleinienne (Klein, 1938) plutôt qu'au processus de dépersonnalisation propre aux psychoses archaïques.

Le mécanisme de projection paranoïaque repose, quant à lui, sur l'énoncé d'une tendance homosexuelle fondamentale mise en lumière par Freud (1911) dans le Cas Schreber : *moi (un homme), je l'aime lui (un homme)*. Dans un premier temps il s'agit d'un déni de cette formule *non je le hais* avec interjection, suivi d'une projection *il me hait*, concourant au délire de persécution.

Dans la psychiatrie actuelle, la *dissociation* est vue comme un syndrome psychopathologique transnosographique ; quand les textes analytiques qui inspirent la psychodynamique actuelle prennent en compte les notions de clivage du moi (Freud, 1919, 1940), de « liaison/déliation ou d'attaques des liens » (Bion [1967, 1982]) et « d'intrication et de désintrication des pulsions de vie et de mort » (Freud, 1915, 1919, 1920), lorsqu'ils évoquent la dissociation psychotique.

Raison pour laquelle, nous nous sentons le devoir de faire un bref retour historique sur la notion de *dissociation* dans une perspective psychiatrique...

2.1.2.5. La dissociation

Comme le fait remarquer Jean Garrabé (1999), la taxinomie actuelle des troubles dissociatifs marque le retour au concept de Pierre Janet (1859-1947).

Pierre Janet (1887) définit la dissociation hystérique comme un *vice de l'association* :

La dissociation ne s'opère pas dans les sensations et ne modifie pas la façon dont elles sont senties ; la dissociation s'opère dans la perception, c'est-à-dire au moment où les sensations conscientes sont classées en groupes et associées les unes avec les autres. En disant : « Adrienne, vous verrez la couleur rouge », je n'ai pas modifié la sensation du rouge

ni celle du blanc, mais j'ai produit une association artificielle entre la sensation du rouge d'une part et le nom d'Adrienne avec tous les souvenirs qui s'y rattachent de l'autre. Les anesthésies hystériques sont peut-être toutes du même genre, non pas un vice de la sensation, mais un vice de l'association (Ibid., p. 467)

Le concept de troubles dissociatifs introduit dans la troisième version du DSM (A.P.A., 1980), lors de la disparition de l'hystérie, correspond au concept proposé par la thèse de Janet (soutenue en 1893) sur la base d'un autre concept, issu de sa première thèse (en philosophie) : *l'automatisme psychologique*. Tel le mentionne Garrabé (1999), à cette époque *l'automatisme psychique* renvoyait à l'inconscient, dans le sens où « c'est incontrôlable ».

Garrabé (1999) rappelle que la définition de la dissociation de Janet sous-entend que se joue une séparation complète de l'esprit en deux groupes, l'un « ordinaire » et l'autre qui peut à nouveau « se subdiviser » et est totalement ignoré du premier.

Attentif aux travaux de Janet, Carl Jung - dans l'ouvrage *Über die Psychologie der Dementia praecox* (1907) - tente d'établir la différence entre la dissociation hystérique et la dissociation repérée dans les démences précoces. Il conclut que dans l'un des cas les différentes personnalités communiquent avec souplesse entre elles quand dans le second cas « les figurent autonomes échappent totalement au contrôle du Moi ». (Ibid.)

2.1.2.6. La dissociation schizophrénique

En 1911, le passage de la dénomination démence précoce à celle de schizophrénie a marqué un tournant dans l'histoire de la psychiatrie. Bleuler distingue deux moments de la *Spaltung*, une *Zerspaltung* primaire (fission) qui correspond à une véritable désagrégation, et la *Spaltung* proprement dite qui correspond davantage à « un clivage de la pensée en différents groupements » (Hulak, 2000).

Bleuler (1911) considère « que toute la psychopathologie doit se fonder sur la schizophrénie » (Hulak, 2000, p. 23) et soutient la thèse selon laquelle la *Spaltung* constitue le symptôme prééminent du groupe des démences précoces de Kraepelin. La *Spaltung* correspond à la scission/division du psychisme, du grec *fendre l'esprit* (Bottéro, 2001). La *Spaltung* deviendra alors « la pièce maîtresse » autour de laquelle le puzzle devra se constituer...

En réalité, la tradition française clinique ne se l'est pas appropriée ainsi (Bottéro, 2001, p.44), les aliénistes français ont continué à s'y référer pour expliquer tout ce qui « échappe au moi conscient ». Freud, lui, préfère traduire *dissociation* (de la conscience, du moi) par le mot allemand *Ichspaltung*, qui revient à maintes reprises dans ses écrits pour traduire le phénomène de paralysie hystérique. Comme le souligne Bottéro (2001), en anglais, la traduction conservait la même étymologie (*Splitting*), mais en français le terme dissociation comporte quelques ambiguïtés... Minkowki (1921), pourtant l'élève de Bleuler, préféra utiliser le terme de *désagrégation* pour rendre compte de la définition de *Spaltung*. Finalement Henry Ey, après avoir hésité dans ses traductions résumées de l'œuvre de Bleuler, optera définitivement pour la *dissociation*. (Bottéro, 2001).

Au sujet de la schizophrénie de Bleuler, Freud s'exprime en 1911 dans les Cinq Psychanalyses :

Le terme de schizophrénie, créé par Bleuler pour désigner le même ensemble d'entités morbides, prête également à cette critique : le terme de schizophrénie ne nous paraît bon qu'aussi longtemps que nous oublions son sens littéral. Car sans cela, il préjuge de la nature de l'affection en employant pour la désigner, un caractère de celle-ci théoriquement postulé, un caractère, en outre, qui n'appartient pas à cette affection seule et qui, à la lumière d'autres considérations, ne saurait être regardé comme son caractère essentiel. (Freud, 1911, p. 31)

Il semble évident que dans ce passage du texte, Freud (1911) évoque la question de la *Spaltung*...

2.1.2.7. Limites et avantages de la *Spaltung*

Le point négatif à tout cela, c'est que la transformation des démences précoces en schizophrénie, sur la base du « relâchement des associations » (Bleuler, 1911), étend cette clinique psychopathologique à presque tous les troubles connus en psychiatrie... Conduisant à ce que Benjamin Levy (2011) a nommé un « recapteur nosographique ». La schizophrénie, dont l'hégémonie est une hypothèse à corroborer dans la nosographie actuelle, s'est imposée par ce biais au détriment de la paranoïa et de la folie maniaco-dépressive, complètement engluée actuellement dans les troubles bipolaires, *un fourre-tout* nosographique.

Raison en partie pour laquelle nous défendons le concept de psychoses dissociées (en plus du fait du clivage du moi et autres mécanismes sous-tendant cette position) comme non-représentative exclusivement de la schizophrénie car elle n'est selon nous pas la seule entité psychotique soumise à ce que les auteurs français ont nommé *dislocation*, *dissociation*, *dépersonnalisation* ou *fragmentation* dans le champ des psychoses.

2.2. La schizophrénie

« En parlant à propos du Président Schreber de paranoïa (dementia paranoïdes), Freud est garde d'une certaine harmonie avec la nosologie kraepelinienne de 1899... » Jean Garrabé (1998, p. 56) le rappelle, la schizophrénie telle que l'a amenée Bleuler (1950) correspond à une tentative d'application « de la psychanalyse ou de la psychologie analytique à la dementia praecox de Kraepelin en 1899 » (Garrabé, 1998, p. 57) c'est-à-dire dans son sixième Traité.

La tradition psychiatrique européenne, représentée par Eugen Kraepelin à travers les 8 Tomes de son *Traité de psychiatrie* (1883, 1887, 1889, 1893, 1896, 1899, 1905, 1909) successivement représentatifs des différents courants et pratiques de la sous-discipline médicale entre le XIXe siècle et le XXe siècle :

...le point de confluence de plusieurs tendances, traditions et strates discursives dans le champ de la psychiatrie. De ces strates discursives, nous n'avons jusqu'ici suivi pour l'explorer que la plus célèbre et visible — la strate d'affleurement, celle dont participent la plupart des grands Maîtres. (Levy à propos de Kraepelin, 2011, p.102)

Il nous revient de rappeler que Kraepelin a été précédé par une tradition allemande aliéniste, qui consistait à admettre le terme de « Paranoïa » comme « synonyme de délire » (Levy, 2011, p. 12). Benjamin Levy dans son brillant mémoire de master, *Die Paranoïafrage* en 2011, rapporte qu'à l'époque de Kraepelin, les aliénistes diagnostiquaient « une Paranoïa dans 70 % à 80 % des cas d'internement » (*Ibid.*, p. 12). Levy (2011) ne veut certainement pas indiquer, par-là, que la population clinique allemande de l'époque était majoritairement paranoïaque ; mais plutôt qu'un effet de « recapteur nosographique » est exercé en fonction des époques sur les nosologies. Aujourd'hui, au début du 21^{ème} siècle, la schizophrénie, héritière de Bleuler (1911, 1950), occupe une place de premier rang, recaptant sur son passage à peu près toutes les psychoses au risque de nombreux faux-positifs (Voir *Psychose pour tous* d'Evrard et Rabeyron, 2014). Les auteurs, dans la littérature, déplorent aussi de nombreuses

erreurs diagnostiques liées à l'hégémonie du *spectre schizophrénique* (A.P.A., 2013) : telles les formes de trauma en situations inter- et trans-culturelles (Maury, Abal & Moreau, 2015), ou la (les) paranoïa(s) [Voir partie III] ; et toutes autres formes de pathologies cliniques qui pourraient prendre son allure... délirante et dissociée... Celles que J.-R. Teyssier (2013) nomme les « prodromes de la schizophrénie ». Évidemment, l'hystérie en fait partie (Evrard, 2010). Comme le font remarquer Renaud Evrard et Thomas Rabeyron (2014), un nombre grandissant d'études a déjà établi les hallucinations et les idées délirantes comme appartenant à des populations cliniques très diverses ou même à la population générale, encore plus lors de l'enfance et de l'adolescence. Après tout, exception faite d'Elizabeth Von R., toutes les patientes des *Études sur l'hystérie* de Freud et Breuer (1895) ne souffraient-elles pas d'hallucination et de dissociation ?

2.2.1. Approche Psychiatrique

Si Kraepelin est assurément le grand « bâtisseur » de la nosographie moderne, produisant cette gigantesque cartographie des maladies mentales – dans laquelle on situe un peu sommairement comme son innovation propre la grande dichotomie des pathologies de la chronicité, partagées entre « démence précoce » et « folie maniaco-dépressive », manquant d'emblée aussi bien l'innovation capitale que constitue la (re)définition moderne de la paranoïa « au sens étroit », que la tentative tardive d'y inscrire les « paraphrénies » – on ignore en revanche presque tout du sol conceptuel sur lequel il l'établit. (Lepoutre, 2014, p. 240)

Thomas Lepoutre (2014), à travers ce texte rend hommage au père de la psychiatrie moderne même s'il déplore l'échec partiel d'inscrire la paranoïa comme une entité distincte de la schizophrénie et de n'avoir su, ou pu, développer la paraphrénie malgré sa richesse théorico-clinique. Dès la première partie de son texte intitulée *Le Nom du Père, ou le mythe de Kraepelin*, tout lui semble « justifier qu'[il] représente en quelque sorte le nom propre de la nosographie psychiatrique » (*Ibid.*, p. 241). Lepoutre (2014) s'interroge sur le *mystère* qui s'est constitué autour de lui, car comme Lepoutre (2014) l'indique, plus la psychiatrie l'a érigé en *Maître*, et plus la connaissance de son œuvre s'est « obscurcie ». Son *Nom*, souvent cité comme « caution épistémologique de la réorientation biologisante de la psychiatrie américaine... n'a vraisemblablement de kraepelinien que l'épithète... » (Lepoutre, 2014, p. 242).

Singulièrement, ce paradoxe de la réputation et de l'ignorance est peut-être plus vif encore pour la tradition psychiatrique française que, sous l'influence d'Henri Ey, la fidélité à la nosographie kraepelinienne y est plus grande qu'ailleurs – et donc le silence sur Kraepelin plus pesant. (*Ibid.*, p. 242)

À l'instar de J. Hoening (1983), la psychiatrie contemporaine a assimilé Kraepelin à une « approche exclusivement somatique », inspirée par les descriptions qu'en a fait Karl Jaspers (1959, 1963). C'est notamment, selon nous, en raison de la faille créée par les conflits entre les écoles² qu'une telle idée est apparue, car en réalité, Kraepelin récusait les interprétations *matérialistes naïves*, même s'il n'était certes pas aussi radical que Jaspers... Selon Jaspers, comme le rappelle Levy (2011) « les rares cas dans lesquels un *processus cérébral* morbide pouvait être localisé ne causaient que des phénomènes déficitaires dans le domaine psychique... ». Et aucun des « symptômes psychiques (voix, idées délirantes, impulsions, etc.) ne pouvait, selon lui être mis en relation à une certaine partie ou à une certaine localisation du processus organique cérébral ». (Levy, 2011, p. 104)

Outre les conséquences dommageables de ces mésententes confraternelles, il semble évident, à travers les textes de Kraepelin, que ses intentions n'étaient pas tant dans la démonstration d'une étiologie organique. Par exemple, dans le huitième Traité de psychiatrie (1905-1915) Kraepelin donne une définition de la paranoïa de querulence directement en lien avec l'expérience, puisqu'il considère que « le point de départ des phénomènes morbides est une expérience réellement faite par le sujet » (Levy, 2015, p. 85). Lepoutre (2014) est plus engagé, car il avance carrément que : « ... rapportée à l'état du savoir et au tempo de la science, on trouve donc chez Kraepelin une **prise de position agnostique** ». D'ailleurs, il critique la position de ceux, comme Meynert (1884), qui tentent « de réduire les phénomènes de la clinique à leur support anatomique ou leurs déterminations ». (Lepoutre, 2014, p. 247-248). Cependant, c'est oublier les interprétations de Kraepelin au sujet de la *dementia praecox*, qui selon lui, ne prendrait pas seulement son origine dans une « étiologie toxique »

² « ...soutenir une version des faits dans laquelle Jaspers serait venu placer, au pincelle de l'édifice kraepelinien, une chouette philosophique dont le regard, venu d'Athènes, embrasserait rétrospectivement, au crépuscule de la Paranoïafrage, le champ d'une bataille psychiatrique enfin pacifiée, ce serait oublier qu'en réalité, Mars n'avait jamais cessé de fournir ses armes ». (Levy, 2011, p. 104)

mais serait également due à « une auto-intoxication par des produits d'origine sexuelle » (Garrabé, 1998, p. 56). À savoir qu'en cette période, rattacher un délire à une intoxication n'empêchait nullement de se questionner sur la psychogenèse, selon Jean Garrabé en 1998.

Cependant, la vision différentialiste, à la fin de l'œuvre de Kraepelin est compréhensive, pour ainsi dire épurée de considérations étiologiques. En ses mots, la paranoïa est nosologiquement indépendante de la démence précoce et c'est un système :

...où le délire bizarre est absent, il est organisé en un système logique et cohérent, les troubles de la pensée sont absents et la détérioration de la pensée systématiquement absente. Cette affection ne s'orientera généralement pas vers une démence précoce. (Kraepelin, p. 204).

Shirley A. Martin, en 2007, dans la revue *History of Psychiatry*, a établi un rapprochement entre Kraepelin et Freud, décrivant l'un comme le Père de la psychiatrie et l'autre comme le Père de la psychanalyse avec comme pont entre les deux « grands penseurs » : August Hoch (1902, 1909, 1910) pour avoir « intégré le système kraepelinien à la psychanalyse » (Martin, 2007) ainsi que pour « l'utilisation psychodynamique qu'il a fait des enseignements de Kraepelin » (Ibid.).

Garrabé (1998) le souligne d'ailleurs, Freud a été très attentif, en 1911 lors de l'écriture du *Cas Schreber*, à différencier d'un point de vue nosographique paranoïa et schizophrénie. Notre investigation nous a aussi éclairée sur le fait que Freud (1911) l'évoquait sans détour (p. 318-319) :

*Je pense que Kraepelin a eu parfaitement raison de séparer une grande partie de ce qui jusqu'alors avait été appelé paranoïa et de le fondre avec la catatonie et d'autres entités morbides en une nouvelle entité clinique, bien qu'à la vérité, le nom de « démence précoce » soit tout particulièrement mal choisi pour désigner celle-ci³... Mais il importe au fond assez peu que nous appelions d'une façon ou d'une autre les tableaux cliniques. **Il me paraît plus essentiel de conserver la paranoïa comme entité clinique indépendante, en dépit du fait que son tableau clinique se complique si souvent en traits schizophréniques.** Car du point de vue de la théorie de la libido, on peut la séparer de la démence précoce par une autre localisation*

³ Freud évoque ici le 6^{ème} manuel de Kraepelin car leurs parutions se superposent

de la fixation prédisposante et par un autre mécanisme du retour du refoulé (formation de symptôme, bien que le refoulement proprement dit présente dans les deux cas un même caractère essentiel et spécial : le détachement de la libido du monde extérieur et sa régression vers le moi. Je crois que le nom le plus approprié de la démence précoce est la paraphrénie, terme d'un sens quelque peu indéterminé et qui exprime un rapport existant entre cette affection et la paranoïa (dont la désignation n'est plus à changer), et qui de plus, rappelle l'hébéphrénie qui y est maintenant comprise. (Freud, 1911, p. 319)

Il ne fait donc aucun doute que Freud, en 1911 et ensuite, défendait avant tout l'indépendance de la paranoïa en raison de son développement génétique différent et bien établi de celui de schizophrénie, qu'il aurait souhaité nommer paraphrénie en raison de sa ressemblance avec l'hébéphrénie (qui venait de rejoindre le groupe des démences précoces chez Kraepelin). Il ne considère pas que la dissociation ne s'adresse qu'à la schizophrénie, comme nous l'avons illustré à travers cette phrase :

Le terme de schizophrénie ne nous paraît bon qu'aussi longtemps que nous oublions son sens littéral. Car sans cela, il préjuge de la nature de l'affection en employant pour la désigner un caractère, en outre, qui n'appartient pas à cette affection seule (Freud, 1911, p. 319)

2.2.2. Résumé

Il est intéressant, selon nous de réhabiliter la vision kraepelinienne très orientée vers la clinique, en considérant davantage la dernière version de ses manuels, et non pas en s'arrêtant à la période la moins inspirante pour nous, psychopathologues psychanalytiques, entre 1899 et 1905, comme l'ont fait Bleuler (1911, 1950) et ses élèves... « C'est-à-dire comme une maladie unique, à évolution terminale marquée par un affaiblissement intellectuel et dont la forme paranoïde englobe la totalité de la paranoïa » (Garrabé, 1998, p. 57).

2.2.3. Des démences précoces de Kraepelin à la schizophrénie de Bleuler

Bien qu'ayant commencé à publier avant Bleuler, Kraepelin « est son contemporain à un an près » (Rancher *et al.*, in Bleuler, 2012). Le groupe précurseur des démences précoces apparaît dès la quatrième édition du Traité (1893). Kraepelin y distingue la démence précoce

de la catatonie de Kahlbaum (1873) ainsi que de la démence paranoïde. Kraepelin (1893) reprend dans ce tome la question de la dissociation (« *dissoziation* »), déjà amenée par Hecker en 1871 (texte traduit dans l'Evol. Psy.). Hecker (1871) est l'une des sources de Bleuler (Revaz et Rossel, 2007) pour amener le noyau central des schizophrénies, la *Spaltung* ; traduite *scission* par Viallard (1993) dans la première version traduite en français de l'ouvrage de Bleuler *Dementia praecox ou groupes des schizophrénies*. Dans son célèbre ouvrage, Hecker décrit le phénomène « *Zerfahren* » dans l'hébéphrénie qui correspond à « un contenu mental décousu » (Rivaz et Rossel, 2007). Bleuler (1911) précise que la notion de dissociation apparaît dans la description de la paralysie générale, dont l'origine organique avait été reconnue même si elle ne fut formellement démontrée qu'en 1913, et il préfère donc parler de *Spaltung* ; il ne suit pas Kraepelin (1893) ou même Jung (1907) dans leur choix sémantique comme le rappellent Rivaz et Rossel en 2007.

Dans la septième édition de son traité (1904), Kraepelin conserve une division en trois sous-groupes ; mais la démence précoce connaît une extension dans cette version puisqu'elle englobe désormais : formes hébéphréniques, formes catatoniques et formes paranoïdes et son principal symptôme est la « *dissociation* » qui correspond à une « distraction de la pensée » d'un niveau faible jusqu'à un niveau « d'incohérence totale » (Kraepelin, tome II, 1904 trad. fr. 1950). Les idées délirantes et les hallucinations, traduisaient déjà selon Kraepelin le phénomène de dissociation et dans l'ensemble tous les symptômes découlant de ce phénomène de « perte d'unité intérieure » (Rancher et al., 2012) :

Poussée à son maximum, cette dissociation peut aboutir à une véritable désagrégation de l'esprit et à un état déficitaire envisagé par Kraepelin comme étant une authentique démence... (Rancher et al., 2012, p. 7).

Comme le rappellent B. Rancher, J.-P. Rondepierre, V. Viallard et G. Zimbra (2012), dans la huitième édition, Kraepelin conserve toujours la notion de « *dissociation* », comme critère central dans les démences précoces et les paraphrénies, avec l'idée que chez ces dernières elle ne s'exprime qu'à travers le délire (interprétation de Rancher et al., 2012). Nous pourrions en outre, le recouper avec les questions de l'*Amentia* ou de la *forclusion* ; quoique distinctes à y regarder de plus près... Il n'en demeure pas moins que là où elle s'exprime dans tout le fonctionnement chez les démences précoces, elle ne s'exprime qu'en certains endroits dans la paranoïa, et Kraepelin la conçoit plutôt comme une « **désagrégation de l'esprit** ».

Le sous-chapitre introductif de l'ouvrage traduit de Bleuler (2012) est nommé : ***Bleuler ou la négation de la nosographie kraepelinienne*** (Ranher et al., 2012), à cause de l'extension qu'il donne à la démence précoce en y rangeant : « les hypocondries, les hystéries, les mélancolies atypiques etc. ». (*Ibid.*, p. 7). Et pourtant, dans *Dementia Praecox*, Bleuler (1911) prend soin d'annoncer qu'il s'inscrit dans la lignée des travaux de Kraepelin, mais il en fait, en réalité, un *fourre-tout* nosographique (*Ibid.*, p. 7). « Il reproduit ce qu'il reprochait à la paranoïa d'avoir été avec la schizophrénie... » Ranher *et al.*, (2012) vont jusqu'à écrire :

En forçant à peine le trait, on pourrait dire que Bleuler parcourt en sens inverse le chemin qu'ont fait Kahlbaum, Hecker et Kraepelin au cours des quarante années précédentes. Ainsi, les schizophrénies deviennent-elles pour ainsi dire la psychose unique... (Ibid., p. 8)

La définition que Bleuler (1911, trad. fr. 2012) donne de la schizophrénie correspond à un groupe qui se définit par un signe pathognomonique (*Spaltung*) qui est défini comme suit :

*J'appelle la démence précoce schizophrénie, parce que, comme j'espère le démontrer, la scission (*Spaltung*) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour des raisons de commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe contienne vraisemblablement plusieurs maladies. (Bleuler, 2012, p. 9).*

Les auteurs qui ont fait la traduction de son ouvrage en 2012 indiquent que Bleuler en réalité n'a pas su abandonner la vision médicale d'un « processus causal organique ». C'est d'ailleurs par sa filiation avec la démarche nosologique de Kraepelin, qu'il formule l'hypothèse d'une « analogie fondamentale de la médecine de l'esprit et de la médecine du corps » (*Ibid.*, p. 9) mais sans retenir sa proposition initiale de désagrégation de l'esprit, proche de la vision freudienne...

2.2.4. Résumé et réflexion en vue d'ouvertures

Comme nous pouvons le constater à travers les échanges épistolaires récemment parus entre Freud et Bleuler (Lettres [1904-1937], 2016) aux éditions Gallimard, Bleuler était très attiré par la *Théorie Sexuelle* mais également très ambivalent à son égard comme à celui de Freud, à qui il écrit le 9 juin 1905 :

Grâce à un rhumatisme, j'en suis venu ces jours-ci à lire votre Théorie sexuelle... J'aurais vu volontiers la première plus développée [il évoque la Théorie de la sexualité]. Je

crois sinon pouvoir rendre hommage à tous vos écrits. Mais là, je ne puis encore tout à fait vous suivre. (Lettres [1904-1937], 2016, p. 52)

Il paraît évident que Bleuler ne parvenait pas à assumer - tant professionnellement que personnellement - son attachement à la psychanalyse. Thomas Lepoutre (2017) a consacré une note de lecture suite à la parution des *Lettres (1904-1937)*. Il écrit que : « Bleuler est bel et bien le premier psychiatre à faire officiellement droit à la psychanalyse en psychiatrie, tout en résistant clandestinement au tranchant du message freudien » (Lepoutre, 2017). Nous rejoignons l'auteur quant à cette allégation étayée et souhaitons la compléter par un passage que nous avons retenu dans ces échanges passionnants, venant témoigner des résistances, tant psychiques qu'intellectuelles, que Bleuler a pu mettre en place eu égard à Freud. Lettre du 14 octobre 1905 (de Bleuler à Freud) :

Honoré collègue,

*... **La relation à vos théories n'a pas encore fonctionné** [sur lui, par l'interprétation d'un de ses rêves qu'il dit échouée] : soit la chose est pour l'essentiel encore incomplète, soit elle est fausse, si jolie que soit la possibilité de ranger les détails sous cette idée. **Pour moi, la question sexuelle que j'ai posée n'est pas résolue, même si j'accepte votre explication.** Que du refoulement sexuel fasse partie de l'essence de la femme, c'est pour moi une vieille idée. Que celui-ci puisse se transformer en angoisse, c'est une très plausible. Mais chez les hommes aussi la sexualité se transforme en angoisse... On observe déjà la fuite des femelles chez les animaux. Elle doit donc avoir une raison élémentaire. Mobius et beaucoup d'autres disent que, justement, cela excite davantage le mâle. Certes, **mais cela ne nous avance pas d'un pouce dans la réponse.** La question est donc maintenant : pourquoi cela a-t-il un effet excitant sur le mâle ? Ou, ce qui revient au même, la question originelle : comment un tel comportement a-t-il pu apparaître au point de vue phylogénétique ? À quoi sert cette particularité de l'instinct sexuel ? Je ne cherche donc pas d'autres mécanismes, **mais je cherche en premier lieu indéniable entre l'angoisse et la sexualité ;** et seulement en second lieu le mécanisme de la substitution de l'un à l'autre, qui ne me semble pas encore tout à fait épuisé par votre explication. **Je n'ai conscience en rien d'une lutte contre la théorie du sens que vous dites.***

Alors, le manuscrit ne contient pas les réponses de Freud à Bleuler sur cette période, mais nous osons imaginer qu'il lui a reproché de se défendre de l'inconscient, pour que le psychiatre du Burghölzli fasse une dénégation de ce genre. De plus, il apparaîtra en effet, que

Bleuler ne s'appropriera jamais la théorie de l'Interprétation des rêves (Freud lui reprochera au sujet de l'*Autisme* comme nous l'évoquerons au fil de l'analyse en point 2.2.4.1.)... Bleuler soutiendra toujours cette position, selon laquelle, le biologique prime sur le psychique, observable dans sa Monographie en termes de « **symptômes primaires** » (supposés d'origine neurobiologique) et en termes de « **symptômes secondaires** » (effets de l'inconscient).

Jean Laplanche (2007), dans *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*, reproche à Freud d'avoir parfois écarté lui-même sa propre théorie de la sexualité à l'instar de son analyse dans le texte sur le masochisme (sous la pression de la communauté *scientifique* psychiatrique de son époque ?), et en appelle à un retour au **Complexe de castration**. C'est notamment dans un essai, où nous décrivions un Laplanche venant ici s'inscrire dans une démarche habile de la critique, néanmoins respectueuse, de la position de Simone de Beauvoir dans *Le Deuxième Sexe* **et rétablissant** la question de l'*assignation du genre* par un décalage subtil aux modèles féministes. Très éloigné des questionnements épistémologiques bleulétiens biologiques (symptômes de premier ordre) de 1905, évidemment... Bleuler au Burghölzli, de son côté, se défend intellectuellement - sa Monographie descriptive de sept cents et quelques pages (Bleuler, 1911) en témoigne - contre la découverte de son propre inconscient. Laplanche (2007) écrit :

*Le complexe de castration est le centre. Il apporte bien sûr des certitudes mais il est aussi à mettre en doute car ces certitudes mêmes sont peut-être un peu trop tranchées. La certitude du complexe de castration se maintient sur fond d'idéologie et sur fond d'illusion [Laplanche indique ailleurs qu'il n'est pas universel, prenant pour exemple les Moso (p. 145)]. Freud a dit : « Le destin c'est l'anatomie. ». Ce destin, c'est qu'il y a deux sexes séparés, dit-il, par la « différence anatomique des sexes ». Mais ici Freud n'a pas échappé au tour de passe-passe qui consiste à introduire une confusion entre anatomie et biologie. En effet, à d'autres moments, il parle du « roc » du biologique. **Et beaucoup de personnes pensent que c'est l'affirmation du biologisme de Freud qui se reflète dans cette phrase.** (Ibid., p. 170)*

Dans la troisième partie inachevée de *l'Abrégé de psychanalyse* (1949), et plus spécifiquement dans le texte *L'appareil psychique et le monde extérieur*, Freud répond une fois de plus à cette idée qui lui est soumise de manière récurrente : arrondir les angles avec la théorie de la sexualité. Idée vers laquelle Jung aurait, en premier de cordée, souhaité

l'attirer. Lepoutre (2017) dans sa note de lecture des échanges épistolaires entre Freud et Bleuler, écrit : « On sait que **Jung fut l'incarnation historique même de cette tentation**, se réjouissant d'avoir pu aplanir les réticences par métamorphose de la libido freudienne » (Lepoutre, 2017, p. 71). Il s'avère pourtant que Freud n'aura de cesse de défendre ses positions de la Théorie de la sexualité (1905, 1920) et du narcissisme (1914) :

*Nous avons inlassablement répété que le moi **doit son origine**, aussi bien que ses plus importants **caractères acquis**, à ses **relations avec le monde extérieur**. Nous sommes donc prêts à admettre que les états pathologiques du moi, ceux où il se rapproche à nouveau plus du ça, se fondent sur la **cessation** ou le **relâchement** des rapports extérieurs. (Freud, texte publié à titre posthume, 1949, p. 77)*

Au-delà du fait qu'à travers cet extrait Freud vient asseoir le concept de retrait de la libido sur le moi, position opposée à l'*Autisme* de Bleuler (1911), se pose la question de fond de l'acquis ou de l'inné. Pour Laplanche, notre contemporain, fidèle à Freud, la question n'est pas celle du biologique, car ce que Freud nomme pervers polymorphe « l'animal en l'homme n'est pas l'animal réel adapté, que nous connaissons mais le sauvage, la brute sexuelle » (Laplanche, 2007, p. 149). **Laplanche affirme « que nous avons constitué cet animal »**, il s'oppose d'ailleurs fermement à la conception de Margaret Mahler (1897-1985) de *symbiose*, illustrée par des cohortes d'autistes et qui sous-entend le fait que nous en passions tous par cette phase du développement psychogénétique. La proposition de Freud (1940) selon laquelle, dans les psychoses, dès l'enfance, le Moi se déchirerait va également dans le sens de l'**acquis**, très précoce.

Bleuler, a notablement influencé la tradition psychiatrique européenne, mais aussi Anglo-saxonne, ainsi que la psychologie pathologique. Cependant, nous ne pouvons, nous résoudre à scotomiser le fait établi (au travers des échanges avec Freud ([1904-1937]), que Bleuler pensait pouvoir se substituer aux lois de l'inconscient et à l'*Infans*. En 1907, alors qu'il arrive à l'achèvement de sa Monographie, sur la schizophrénie, il écrit à Freud (entre la description de ses selles et d'autres éléments très personnels... qu'il tente de rattacher à une forme d'auto-analyse, associée à ses relations sociales, à ses fantasmes et à ses rêves, en rejetant pourtant toujours les analyses proposées par le Père de la psychanalyse...) :

...vous me pardonneriez quand vous saurez combien il est difficile de vous défendre.

Mes bons et moins bons amis ne se lassent de me mettre en garde et, spécialement dans ce cas,

on m'a instamment prié de considérer combien mon amabilité, à travers la publication de votre défense, me ridiculiserait. (*Lettres*, p. 76)

Au regard de la réponse de Bleuler à Freud, quelques semaines plus tard, nous pouvons facilement nous imaginer qu'il ait plutôt mal réceptionné la présente de Bleuler en date du 18 février 1907... En effet, Bleuler confus répond : « J'étais gêné de vous voir irrité, et à lire votre lettre, vous l'êtes plus encore que je ne l'imaginai » (Lettre de Bleuler à Freud, *Lettres [1904-1937]*, p. 77)

Dans *La sexualité et ses mythes*, Jean Bergeret (2001) pose la question à savoir si avant l'Œdipe la question de la sexualité infantile peut effectivement se poser. Question à laquelle Bergeret (2001) répond rapidement, quelques pages plus loin, que : « La sexualité infantile ne peut se voir considérée comme un mythe dans la mesure où elle repose sur des **réalités parfaitement observables cliniquement** » (Bergeret, 2001, p. 9). Dans l'analyse critique de certains cas de Freud, à l'instar du Petit Hans ou de Léonard de Vinci, Bergeret (1987) insiste sur le destin « proposé aux **poussées autoérotiques** précocement entravées » (à travers des traumatismes, répétés ou non). **Il est notre premier contemporain à reprocher à Freud la désexualisation de ses analyses**, tel l'exemple illustre de **l'angoisse flottante** toujours présente dans les phobies selon Freud et réinjectée comme « a-sexualisée dans le cas de l'Homme aux loups⁴ ». Bergeret (1987) met en lumière le fait que Freud reconnaît, dans les situations précoces, *l'angoisse de perte d'objet autoérotique* et sa présence au premier plan, davantage que la classique angoisse de castration. « Il s'agirait d'une forme très primitive d'angoisse de mort » selon Bergeret (1987, p. 178). Laplanche (2007) invite à nommer les angoisses de castration primitives : la « **pulsion sexuelle de mort** » (Laplanche, 2007, p. 138). Pour conclure, Bergeret (1987), met en lumière le fait que Freud, finalement, « reconnaît le lien entre phobies et angoisse de perte d'objet alors que les angoisses classiques connotent avec l'angoisse de castration » (Ibid., p. 179). Bergeret (1987) définit ainsi **l'objet autoérotique** dans ce paragraphe :

Au lieu de parler de pulsions partielles, je préférerais prendre en compte un dynamisme violent fondamental, dynamisme n'ayant rien à voir avec l'agressivité

⁴ Nous évoquerons l'analyse que Green (2011) fait de l'Homme aux loups, comme une forme de paranoïa et l'illustre forclusion de la castration dans *Le travail du négatif* (p. 244-245)

(composante libidinale plus tardive). **Le conflit opposerait alors l'enfant à son objet autoérotique dans ses désirs instinctuels primaire de survie corporelle**, comme dans les premières satisfactions libidinales somatisables qu'il est capable de rechercher sur lui-même. J'aurais tendance à considérer **l'objet autoérotique** comme **une sorte de fantôme aux contours imprécis**, extérieur au corps propre du sujet, et dont le seul rôle initial serait de menacer ou de rassurer l'enfant quant à sa **primitive angoisse de survie** (Bergeret, 1987, p. 210)

Il nous semble que le pansexualisme freudien n'a pas encore livré tous ses secrets et nous constatons qu'il est difficile, de nos jours également (comme à l'époque de Freud et Bleuler), pour de nombreux chercheurs cliniciens (à l'ère du narcissisme [De Tychey *et al.*, 2012a]) et des neurosciences, de ne pas s'engluer dans les méandres de l'ambivalence, dont les berges seraient d'un côté, attrayantes, baignées dans la lueur de belles promesse où les gens ont des desseins nobles parce que *scientifiques* et de l'autre des terres profondes et obscures, mystérieuses, parfois même effrayantes, dont les desseins sont d'atteindre une autre forme de vérité, moins évidente mais bien réelle... Laplanche (2007) l'appelle les *niveaux de vérité*.

Il y a d'une part la Théorie sexuelle ou la Métapsychologie, théorie de l'inconscient et de sa genèse, centrée sur la sexualité infantile et d'autres parts les théories sexuelles infantiles ou adultes (...) La théorie de la séduction sa force est de rendre compte de la fonction non scientifique des mythes psychanalytiques. Il faut donc bien situer les deux niveaux popériens : **scientifique au sens de Popper, la métapsychologie. Et narratif, le mytho-symbolique qui a sa fonction capitale comme refoulant**, comme ce qui aide à mettre en forme une histoire, ce qui évidemment est capital pour l'être humain. (Laplanche, 2007, p. 238-239)

Ce qui est le plus difficilement atteignable autrement dit... Nous pourrions reprendre aussi la métaphore de l'iceberg (le côté émergé et le côté immergé) de Freud quand il amène la question du *refoulement du sexuel*. Laplanche (2007) conclut ainsi *Pulsion et instinct* :

L'objet de la psychanalyse, c'est l'inconscient et l'inconscient, c'est avant tout le sexuel au sens précis freudien, le sexuel pulsionnel infantile, pré- ou para-génital ou génital infantile. C'est le sexuel qui a sa source dans le fantasme lui-même, bien-sûr implanté dans le corps. (Laplanche, 2007, p. 25)

2.2.5. Éléments conclusifs

Il nous a semblé essentiel de détailler cette partie historique car elle met en évidence que Bleuler (Lettres, [1904-1937]) ne parvient pas à observer ces signes de la **vérité analytique**, les signes de sa propre sexualité, puisqu'il l'écrit à Freud, il est son propre cobaye ; mais l'analyse ne fonctionne pas sur lui. Il s'approprie le modèle complexe de Kraepelin de la démence précoce et de la paranoïa, (qui en est passé, par la *disjonction* biologique de Wernicke, ensuite écartée au profit de descriptions cliniques comme priorités pour nourrir sa conception nosographique), de manière évidemment réductive, pour parvenir aux modèles de la *schizo*-phrénie, et de la pesanteur étymologique qui lui est associée. Il a fait cela, en tentant de s'autoanalyser avec la supervision de Freud, très patient... Mais sans y parvenir, rejetant souvent les interprétations de Freud comme nous l'avons illustré brièvement. Bleuler se saisit de l'opportunité que les avant-derniers Traités où Kraepelin (1896, 1905, Tome V et Tome VII) élabore sa nosographie sont transitoires et permettent de remanier les psychoses pour s'engouffrer dans la faille qui s'offre à lui à ce moment-là et pour amener ce concept simplifié, *Spaltung* (d'Hecker), issu d'années de recherches ; mais sans mesurer ce qu'il sous-tend... Car il est certes plus facilement « maniable » comme le revendique Bleuler (1911, traduction de 2012) ; mais à quel prix ?

Bleuler, va même, le 28 janvier 1906, au cours de l'élaboration de son concept, rejeter sans remord le diagnostic de Freud concernant une analyse de cas de paranoïa :

Merci beaucoup pour le compte rendu de l'analyse de paranoïa, qu'à vrai dire nous qualifierons aujourd'hui de forme paranoïde de démence précoce au sens de Kraepelin. L'état durable que vous décrivez après l'attaque aiguë le prouve également. Toutefois, d'après l'Ecole de Vienne, c'était une paranoïa. (...) On peut directement et avec la plus grande facilité utiliser vos études sur les rêves et les hystéries pour expliquer la symptomatologie de la démence précoce tandis que pour la paranoïa, au sens strict, l'affaire se présente pour l'instant un peu différemment (Ibid., p. 73)

Freud, en 1911 à travers le Cas Schreber et en 1915 (puis en 1920), à travers le texte *Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie analytique*, viendra pourtant signer la reconnaissance à cette entité en priorité dans les psychoses. Son

ambivalence vis-à-vis de Freud ne peut être ignorée à la lecture de ces échanges, Bleuler ne cesse de simplifier les concepts freudiens et le confesse dans la lettre du 8 mai 1909 :

*Dans mon texte révisé sur la *dementia praecox* j'ai ajouté un grand paragraphe sur les mécanismes freudiens mais, **par prudence, je m'en suis tenu à ce qui était le plus facilement compréhensible**. Par l'accumulation d'exemples relativement faciles à saisir et des explications que chacun peut trouver, j'espère inviter à la vérification, et alors nous aurons gagné. Je ferais peut-être bien d'adopter **vo**tre **paraphrénie**. J'aurais choisi ce terme dès le départ, comme d'autres, s'il n'avait déjà été pris par Kahlbaum. Mais je suis réticent à l'idée d'employer l'expression dans un tout autre sens que celui pour lequel il a été créé, bien que fort peu de collègues connaissent les écrits de Kahlbaum. En outre, ce n'est pas pour moi de la théorie qu'on entend dans les termes de schizophrénie mais de l'observation. **La scission est un fait observable**.*

Salutations cordiales de maison à maison

Votre Bleuler

Bleuler, torturé entre la psychiatrie biologique et la psychanalyse en 1911, ne parvient toujours pas à concevoir la dissociation comme un phénomène sous-tendu par les effets d'une sexualité infantile désorganisée, il recherche une origine biologique aux concepts freudiens, les simplifie et parfois les détourne de leur sens princeps. Même s'il n'a pas forcément tort de rechercher dans les transmissions phylogénétiques la différence des sexes originaire (Bergeret, 2012). Il nous semble que Bleuler en son temps vient se placer au centre du clivage, ayant, il est vrai, en sa faveur, œuvré à sa manière pour la théorie de la sexualité analytique. Mais de cette situation résultent en partie les dérives qui s'en suivront au sein de la nosographie psychiatrique et des débats qui traversent les époques, notamment au sujet du différentiel entre schizophrénie paranoïde et paranoïa toujours présent en filigrane au XXIème siècle (voir partie III). Kraepelin a bien tenté de résorber les confusions identitaires au sein de la nosologie, de redonner du sens à une psychiatrie et à ses entités cliniques, se voulant plus proches du sujet, avisé qu'il était, puisqu'il avait lui-même observé (avec la paranoïa) en son temps en Allemagne, l'effet de « recapteur nosographique » (terme issu des recherches de Levy, 2011). Cet effet s'exerce sur la schizophrénie dans sa conception actuelle. Nous allons tenter de comprendre comment. Par ailleurs, retenons que les travaux de Schneider vont renforcer cette tendance issue du Burghölzli.

Dans tous les cas, comme l'écrit Lepoutre (2017), « il est notable qu'ainsi la schizophrénie bleulérienne plaide pour la psychanalyse et en même temps y résiste essentiellement en son fond », et c'est ainsi, « comme par contrecoup, que la promotion de l'entité bleulérienne a un effet de rebond vers la théorie freudienne elle-même » (Lepoutre, 2017)

2.2.6. De la schizophrénie de Bleuler et Jung aux symptômes de rangs de Schneider

Freud, Jung et Bleuler

Bleuler en 1911, distingue déjà les **symptômes primaires** des **symptômes secondaires** dans la schizophrénie. Le symptôme primaire fondamental, « véritable clé de voûte de tout l'édifice », consisterait selon lui (traduction fr. de 2012), en un « **relâchement primaire des associations** » en cohérence avec la proposition de son modèle de la dissociation qui serait, nous le rappelons une question problématique d'association. D'ailleurs, d'autres symptômes primaires, épars et inconstants, sont proposés par analogie avec des affections organiques (*tremblement, inégalités pupillaires, troubles vasomoteurs*, etc.). Le relâchement primaire des associations correspondrait selon Bleuler (traduction de 2012, texte de 1911) à « **la tendance aux ruptures associatives** » et serait « **d'ordre primaire** », tandis que le « **choix des associations perturbées** » serait plutôt « **secondairement déterminé** » par « **les complexes affectifs** » (Bleuler, 1911). Il écrit (Bleuler, 1911) : « La subordination d'un symptôme aux complexes indiquerait sa nature secondaire, alors que le **signe primaire serait sans contenu psychique** ». (Bleuler, 1911, introduit par Rancher et al., 2012, p. 10). Ainsi, Bleuler (1911) tente de trouver un point d'équilibre entre la psychanalyse et la psychiatrie biologique même s'il priorise toujours le support organique puisque *primaire*... Mais il nous semble qu'il ne réussira pas réellement à dépasser le clivage au sein duquel il s'est inscrit. Reléguant au second plan la psychanalyse et la Théorie de la sexualité (*complexes affectifs* en ses mots), ironiquement et paradoxalement, comme une symptomatologie descriptive. Nous ne partageons pas la vision « *psychodynamique* » que nos contemporains projettent parfois en la nosographie de Bleuler (Bottéro, 2010, 2011).

C'est dans le langage écrit et parlé de ses patients, que Bleuler croit repérer des « **modalités associatives particulières** », dont il infère « **l'hypothèse d'un déficit primaire** », relâchement primaire des associations, « **indice d'un processus organique** ». N'oublions pas que Bleuler est un élève de Wilhelm Wundt (1832-1920), héritier des associationnistes, il est donc logique qu'il cherche à comprendre les malades à travers les associations et le langage.

Bleuler est inspiré par Jung (1906) *Psychologie de la démence précoce*, si bien que sa **description de l'Autisme** recouvre à peu de chose près celle de **l'auto-érotisme jungien**. L'*Autisme* est selon Bleuler (1911 traduct. Fr. en 2012) « une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci ».

*...dans la démence précoce, les complexes seraient fixés, isolés de la personnalité totale ; ils sembleraient « se fondre de manière approximative », devenant par-là « auto-érotiques », alors que dans l'hystérie la fixation serait moindre, parfois réversible. [Selon Jung, 1906] Cette spécificité de la démence précoce aurait pour cause **la présence d'une toxine qui détériorerait le cerveau de façon plus ou moins irréparable, paralysant par-là les fonctions psychiques les plus élevées**. Cette toxine préexisterait-elle, ou bien, hypothèse surprenante, serait-elle sécrétée par le complexe ? Jung ne tranche pas la question. (Rancher et al., 2012, p. 11)*

Les réticences, scrupules, oscillations de Bleuler à admettre le terme de sexualité au sens freudien sous-tendent les correspondances (*Lettres* [1904-1937], 2016), comme nous l'avons mis en évidence précédemment. Bleuler craint, du moins le prétend-il, « *que le terme auto-érotisme n'écorche les oreilles bien-pensantes et puritaines de ses collègues* ». Bleuler propose alors le terme d'*Autisme* à ses collègues, où **la référence à l'Eros est totalement gommée** et qui recouvre à peu de choses près celle de *l'auto-érotisme jungien*. L'*Autisme* est selon Bleuler (Rancher et al., 2012) « une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci » c'est-à-dire que la vie interne se mortifie menant les schizophrènes les plus graves à s'enfermer « dans leur chrysalide avec leurs souhaits, qu'ils considèrent comme exaucés, ou avec les souffrances de leur persécution » (Bleuler in Rancher, 2012). Jung s'en tient au « schéma moniste » de l'énergie psychique investissant « un dedans et un dehors » et qui les sépare au final mais ne sont que **projections** et **introversions** (retour à l'auto-érotisme), critiquent Rancher et al (2012) et « sont conçues comme des mécanismes symétriques » chez Jung, comme une nouvelle tentative d'abraser la

Théorie sexuelle. Freud, non sans reste, propose une ultime correction, comme l'ont relevé Rancher et al. (2012), à travers leurs échanges épistolaires :

« Je ne crois pas que la libido se retire de l'objet réel pour se jeter sur la représentation fantasmatique remplaçante (...) Je crois au contraire que la libido quitte la représentation d'objet, laquelle, par-là précisément dénuée de l'investissement qui la désignait comme intérieure, peut être traitée comme une perception projetée vers l'extérieur (Freud à Jung, in Rancher et al., 2012, p. 12)

La rupture avec Jung arrive juste avant que Freud ne publie sa théorie, *Pour introduire le narcissisme* (1914), en 1913. Ce point de divergence qui les sépare atteint son apogée lorsque Freud assied sa position concernant la théorie des pulsions (1920, amenée en 1905 dans les *Trois Essais sur la Théorie de la sexualité*) et dans ce texte, il voit dans le *retrait autistique* comme un phénomène de « retrait de la libido » d'où s'origine « le fantasme de fin du monde ». Ce à quoi Jung propose encore de substituer le retrait de la libido par la notion d'une énergie psychique indifférenciée. Ce qui relève, ne nous le cachons pas, d'une tentative directe d'entraver la théorie du narcissisme et des pulsions, chères à Freud...

Dans la paraphrénie ou la paranoïa, la libido s'est retirée des objets qu'investit le Moi (d'où délire des grandeurs), mais elle ne parvient plus à retrouver le chemin qui conduit aux objets et c'est cette diminution de la mobilité de la libido qui devient pathogène. (B. Rancher et al., 2012)

Ce processus serait, à comparer à celui du refoulement en termes de processus secondarisés ou de processus primaires en conservant à l'esprit que les points de fixation des névroses narcissiques et des démences précoces correspondent à des phases de développement beaucoup plus précoces que dans l'hystérie ou la névrose obsessionnelle. Dans tous les cas, Freud considère que les données obtenues sur les névroses de transfert peuvent être utilisées et transférées sur les névroses narcissiques en appréhendant le rapport objectal.

Des troubles des associations ou de « la libido » mal-organisée ?

Freud (1915c) dans le texte *l'Inconscient*, met en évidence la séparation des **représentations de mots** et des **représentations de choses** dans l'hystérie ; et le **retrait de la**

libido des représentations de choses inconscientes dans les démences précoces, qu'il désigne comme un trouble bien plus profond.

C'est pourquoi la démence précoce commence par transformer le langage et traite dans l'ensemble les représentations de mots de la même manière que l'hystérie traite les représentations de choses, c'est-à-dire qu'elle leur fait subir le processus primaire avec condensation, déplacement et décharge, etc. (Freud, 1915, p. ?)

Freud a traité de cette question dans un premier essai sur les aphasies, en 1881 où il se tente à des travaux très orientés neurobiologie et portant sur *l'appareil du langage*. C'est là qu'il décrit que **le mot** pour la psychologie « est **l'unité de base** de la fonction de langage, qui s'avère être **une représentation complexe, composée d'éléments acoustiques, visuels et kinesthésiques** » (Freud, 1881, p. 123 dans Arrivé, 2003). À quoi s'en suit une phase d'apprentissage qui est censée aboutir à **la représentation de mot**, en ce point qu'est la **signification** et c'est sur cette première conception de la relation entre **représentation de choses** et **représentation de mots** que se fonde la *typologie freudienne des troubles du langage* (Arrivé, 2003). Comme le fait remarquer Michel Arrivé en 2003, dans *Langages et inconscient chez Freud : représentations de mots et représentations de choses*, le Père de la psychanalyse, tout au long de son œuvre, insiste tout particulièrement sur le fait que **dans l'inconscient les mots sont traités comme des choses**.

C'est à travers les concepts de **déplacement** et **de condensation** que Freud voit le **passage du mot à la chose**, notamment dans le travail du rêve. Laplanche (2007), tend d'ailleurs à rappeler à nous ces processus primordiaux, dans l'analyse, et relègue au second plan les processus de **métaphore** et de **métonymie** mis en avant par Lacan (Séminaire *Les psychoses*, tenu en 1956, publié en 1981), invitant à privilégier l'étude de ces phénomènes freudiens. Dans *l'Inconscient* (1915), Freud démontre que, dans la schizophrénie, les « mots sont soumis au même procès que dans le rêve latent chez tout un chacun », avec des « condensations et des effets de transfert et des investissements par déplacement ». Mais Arrivé (2003) a bien saisi les propos de Freud (1915c) et nous avertit, il faut être prudent, car **dans le rêve « c'est en tant que choses que les mots sont soumis aux opérations des processus primaires (...) dans la schizophrénie au contraire c'est bien en tant que mots »**.(p. 17). Il s'agit en outre des premiers travaux sur la symbolisation.

Bleuler a bien l'intention d'intégrer la théorie freudienne à celle des psychoses, mais il n'en reste pas moins que, dans sa théorie, la pertinence de la psychanalyse se borne au champ des symptômes secondaires tandis que tient en première place « cette sorte de **superstructure qui recouvre l'essence véritable de la schizophrénie, le processus organique X** » (Rancher et al., 2012)

Au sujet de l'*Autisme*, Freud écrit au Bùrgholzli, en date du 13 janvier 1912, de Vienne :

Honoré collègue,

*J'ai reçu votre Autisme, je l'ai aussitôt lu d'un bout à l'autre et annoté moi-même. À certains endroits, vous ne m'avez pas tout à fait compris, ce qui a pour résultat que vous me faites dire ce que je ne pense pas ou retournez contre moi ce qu'en réalité je défends (...) Dans l'ensemble, notre opposition, à savoir si la pensée dite autistique est plus ancienne ou plus récente que la pensée réaliste. (Lettre de Freud à Bleuler, 1912, in *Lettres*, 2012)*

Les échanges se poursuivent en date du 11 février 1912, Freud répond à Bleuler à propos de l'*Autisme*. À travers ce courrier, il exprime son désaccord et y décrit une « incompréhension mutuelle » (Lettres de Freud à Bleuler, p. 137). Les *non-dupes errent* avons-nous envie de dire en référence au dernier séminaire de Lacan (2005) et de la difficulté pour Jung et Bleuler d'intégrer le concept freudien, du père, dans ce qui le constitue par essence :

(...) De manière générale, je suis gêné par le fait de ne pouvoir saisir correctement l'objet de votre description. Je dois sans cesse me rappeler qu'en disant « autistique » vous pensiez autoérotique, et il me semble que cette indétermination autorise à mêler des choses différentes qui pourraient être plus clairement séparées.

Freud évoque l'indépendance de Bleuler à l'égard de ses écrits sur *l'Interprétation du rêve*, qui sous-tendent, en l'occurrence, la question de la « **dissociation primaire de la conscience dans le rêve** » et du mode de traitement par les phénomènes de déplacement et de condensation. Enfin, selon lui, les objections de Bleuler à l'égard de l'autoérotisme de l'enfance sont la conséquence naturelle de la position qu'il accorde à la pensée autistique.

À Bleuler, pour conclure sa lettre du 11 février 1912, Freud répond :

Vous m'avez aidé à régler par une heureuse remarque ce qui me paraissait représenter l'objection principale à ma fiction d'un organisme primitif ne travaillant qu'à un gain de plaisir : l'inévitable adaptation au monde extérieur peut très bien être effectuée par des réflexes psychiques inférieurs jusqu'à ce que la fonction supérieure, qu'on appelle « pensée » ait surmonté la phase du principe de plaisir.

Bleuler, au regard de la réponse qu'il a faite le 15 février 1912 au Burghölzli, semble accueillir avec une certaine douleur narcissique la réponse de Freud : « *Je suis totalement désolé que mon travail vous coûte autant de temps, vous l'emploierez mieux à de nouvelles découvertes. Mais enfin, il existe...* ». Mais ***enfin il existe*** répond Bleuler à Freud... !

2.2.7. Résumé et ouvertures théorico-cliniques

Dans un premier temps, nous remarquons que Bleuler a rejeté la Théorie de la sexualité freudienne malgré sa fascination pour le Père de la psychanalyse. Ce qui a tendu à provoquer la confusion autour des préceptes bleulériens transmis et injectés dans la psychiatrie moderne sur le groupe des schizophrénies et sur l'autisme, les deux grands spectres « maux » du XXIème siècle, qui tendent à *recapter* un nombre important de pathologies au passage. La dissociation, le *schisme* décrit (*Spaltung*), et le retrait autistique, théorisés par Bleuler sont empreints de confusions entre un modèle psychanalytique compréhensif et holistique d'un fonctionnement *psychico-biologique* et *génétique* (basé sur la théorie des pulsions, 1905, 1920) *versus* un modèle psychiatrique basé sur une conception neurobiologisante centrée sur le support, le cerveau, et peu éloignée finalement du concept de disjonction de Wernicke (voir 2.1.4.). Bleuler (1911) considère, que les descriptions freudiennes, portant sur les affects, sont toutes liées aux symptômes - rapport aux processus secondaires ; les symptômes primaires, quant à eux, trouveraient leur étiologie dans le support biologique et comme leur nom l'indique, ils sont à caractère *prioritaire* ou autrement dit *d'importance*.

Dans un second temps, nous avons mis en évidence l'intérêt de repérer les représentations à travers le langage avec la distinction de celles médiatisées par le psychisme, de celles qui ont souffert d'un déficit du fonctionnement, et de la friabilité en caractère désorganisé des processus de déplacement et de condensation. La question de la métonymie est bien évidemment centrale, et presque inépuisable, à vrai dire, puisque connexe à celle du

symptôme. Laplanche (2007) invite à étudier les **chaines associatives** : « ces chaines relient entre elles des représentations (de mots ou de choses). A, B, C, D, etc. » (Laplanche, 2007, p. 131). Elles sont donc constituées de maillons c'est-à-dire, de **liaisons entre deux éléments consécutifs : A-B**. Et ces liaisons peuvent se faire selon de grands types d'association mis en évidence depuis au moins le XVIII^e siècle par **analogie contiguïté-contraste**. Le **déplacement** et la **condensation** sont deux processus très intéressants à étudier et qui ont pour support les chaines associatives définies plus haut, et ceci quel que soit le type d'associations reliant les éléments entre eux. Au TAT nos patients confondent totalement la **représentation de mots** et la **représentation de choses** et vont dire par exemple (Peter, 44 ans au T.A.T. Pl. I) : « *Un violon, mais c'est horrible, il y a le mot viol dedans* » et ces glissements condensations souffrent bien de dérèglements, mais ne tiennent pas nécessairement à une matrice de l'association en lieu et place de support biologique

À propos de la métonymie reprise par Lacan (1956), Laplanche (2007) indique qu'il s'agit avant tout d'un développement freudien ; que le seul apport nouveau de Lacan selon lui, tient à la métaphore et à la métonymie, desquelles Laplanche affirme que « l'on peut s'en passer et parler seulement d'**analogie** et de **contiguïté** », pour en revenir à l'essentiel, la question du complexe de castration.

2.2.8. Le groupe des schizophrénies de Bleuler

Dès les premières pages de *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies* (1911, Traduc. Fr. en 2012), Bleuler affiche la couleur : « Toutes les tentatives visant à scinder le grand nombre de cas et de tableaux d'état apparents en sous-groupes distincts et pouvant être délimités **sont restées infructueuses jusqu'à présent** » (Bleuler, 2012, p. 30). Il souhaite donc rassembler autour de la schizophrénie et ramener notamment dans les rangs : « les paranoïas abêtissantes » ainsi que toutes les formes de psychoses dont la « stupidité primaire » serait avérée. Bleuler (1911) distingue deux types de psychoses en fonction de leur **mode de « terminaison »**... De même, d'emblée Bleuler l'écrit, la cinquième édition (1896) du traité de Kraepelin, Psychiatrie, « est le berceau de son concept ». Il revient sur le fait que Morel a donné son nom aux démences précoces, pour désigner des « jeunes gens qui étaient atteints par de tels processus d'abêtissement » (Bleuler, 1911, trad. fr. 2012, p. 31), défendant par ailleurs la folie maniaco-dépressive, en appui à la démence précoce, car relative à sa

formation en tant que concept nosologique et dont Bleuler le rappelle, la terminaison n'est pas l'abêtissement, donc une psychose de second ordre selon ses critères... Mais Bleuler (1911) avance qu'il ne peut « malheureusement pas se soustraire à la désagréable tâche de forger un nouveau terme pour ce groupe nosologique » (*Ibid.*, p. 34), usant du même type de rhétorique que dans sa réponse à Freud (1912) au sujet de l'*Autisme*. Il appelle la démence précoce « schizophrénie » parce que, comme il espère le montrer, « la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants ». Il s'agit donc bien là des fonctions psychiques, qui sous-tendent la **question « des idées »**, et de la « **capacité associative** ». Bleuler (1911, trad. fr. 2012), écrit :

Souvent, l'activité associative n'est donc déterminée que par des fragments d'idées et de concepts ; ne serait-ce que pour cela elle revêt, outre son caractère incorrect, quelque chose de bizarre, d'inattendu pour un sujet sain ; souvent aussi, elle s'arrête subitement au milieu d'une pensée, ou quand elle devrait passer à une autre idée, pour autant qu'elle est consciente, du moins (barrage) : au lieu de la suite surgissent parfois alors de nouvelles idées, que ni la conscience du patient lui-même, ni l'observateur ne peuvent mettre en rapport avec le contenu idéique précédent. (Ibid., p. 37)

Et particularité de la schizophrénie - contrairement aux démences précoces usuelles et usitées dans les conceptions de Kraepelin dans « les cas relativement légers » - nous notons que les « degrés d'intensité des réactions affectives à divers événements ne sont pas dans un rapport mutuel adéquat ». Ainsi, Bleuler amène l'idée, en lien avec l'*Autisme* discuté précédemment, que l'intensité peut aller jusqu'à « l'absence totale d'expression d'affect dans le cas de l'un des complexes idéiques et jusqu'à une réaction affective exagérée dans le cas d'un autre de ces complexes ». Une manière, en un sens, de faire des affects, positifs et négatifs, des indicateurs qualitativement anormaux, et il précise que ces derniers sont « inadéquats aux processus intellectuels ». Il divise alors la schizophrénie en quatre sous formes :

1. **La paranoïde**. *Hallucinations ou idées délirantes, ou les deux, sont en permanence au premier plan.*
2. **La catatonie**. *Des symptômes catatoniques sont au premier plan en permanence, ou du moins pendant assez longtemps.*

3. L'hébéphrénie. Des symptômes accessoires se voient, sans qu'ils dominent continuellement le tableau.

4. La schizophrénie simple. Durant toute l'évolution on ne peut mettre en évidence que les symptômes fondamentaux spécifiques.

Bleuler (1911) distingue ces **quatre sous-formes** de psychoses, désormais **constitutives du groupe des schizophrénies**. Dans la suite desquelles vient immédiatement se poser la question des « psychoses organiques », où l'on a constaté « une atrophie diffuse du cortex cérébral » (Bleuler ne donne pas plus de précision) illustrées d'exemples, dont évidemment l'épilepsie, mais aussi « en quelque sorte » le Korsakoff. Bleuler (1911, trad. fr. 2012) donne un descriptif précis de ces affections composées de trouble sur « le plan intellectuel, sur le plan affectif, sur le plan mnésique et sur le plan de la motricité ». Il compare ces symptômes à ceux de la paranoïa, disons la page suivante, ainsi qu'à l'hystérie deux pages suivantes, sans que les liens entre les sous-parties ne s'affirment pas leur clarté sémantique. Il conclut ainsi :

*De ces deux dernières maladies, la folie maniaco-dépressive et l'hystérie, et peut-être aussi, dans une certaine mesure, de la paranoïa, nous ne connaissons donc jusqu'à présent que des symptômes qui peuvent aussi se voir dans la démence précoce. La différence entre ces psychoses et la démence précoce **consiste seulement en un plus du côté de la démence précoce**. Tous les autres états psychotiques ont leurs symptômes spécifiques, qui ne se voient pas dans la démence (Bleuler, 1911, trad. fr. 2012, p. 40)*

Ainsi, il ne tire aucun fil entre la « dissociation » de Pierre Janet (1887) décrite en point 2., tradition psychiatrique certes française, mais néanmoins connue des cercles psychiatriques européens. De plus, il établit très clairement, sur la base symptomatologique, le lien avec la paranoïa, resserrant un peu plus l'écart entre la schizophrénie et la paranoïa de Kraepelin.

2.2.9. Les symptômes fondamentaux

Dans un premier temps, Bleuler (1911) décrit les **symptômes fondamentaux**, « constitués par le trouble schizophrénique des associations et de l'affectivité, par une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci

[autisme] ». (Bleuler, 1911 trad. fr. 2012, p. 44). Parmi les fonctions altérées par ces symptômes fondamentaux, Bleuler décrit : *les associations : elles perdent leur cohérence ;* alors Bleuler entre dans de longues **descriptions symptomatologiques du déroulement des associations**, parmi lesquelles : les barrages, fort bien inspiré au demeurant par la terminologie de Kraepelin notamment dans le choix d'un phénomène, l'extraction de la pensée. Bleuler (1911) décrit ces différentes formes de troubles de l'association :

1. *Les grandes irrégularités et les latences dans les associations ;*
2. *Le raccordement à des mots-stimulus antérieurs, déjà cité, est frappant aussi et dont l'effet a posteriori d'une pensée précédente n'est pas nécessairement continu ;*
3. *L'effet a posteriori du cours de pensée antérieur se manifeste aussi par la tendance à des stéréotypies dans la forme et le contenu de la réponse ;*
4. *Les écholalies : parfois les patients restent aussi fixés au mot-stimulus et le répètent sans y connecter d'autre pensée.*
5. *Même quand la répétition du même mot n'apparaît pas fréquemment, on trouve chez de nombreux patients **une grande pauvreté des idées** ; ils ne se fixent pas sur le même mot mais bel et bien sur des idées analogues et très proches ;*
6. *Les schizophrènes ont plus de réactions individuelles telles intervalles relativement longs, les **mots-réactions changent plus que chez les sujets sains** (Pfenninger).*
7. *Mais ce qui est le plus frappant, ce sont **les associations bizarres** (...) où le mot-stimulus ne représente rien de plus que le signal de prononcer n'importe quel mot (Nommer n'importe quel meuble qui se trouve dans le champ visuel, etc.) ;*
8. *Il n'est pas rare qu'on ne puisse **trouver aucun rapport**, même avec l'aide du patient. Dans ces cas il s'agit sans doute généralement, sinon toujours, de connexions avec un complexe d'idées chargé d'affect déjà présent. Quand je dis « déjà présent », je ne veux pas dire « déjà présent à la conscience », car le malade lui-même ne peut en effet fournir aucune information là-dessus. C'est ainsi qu'un patient apparemment tout à fait rangé, et encore très intelligent même à présent, associait, sans savoir pourquoi, le mot « court » à beaucoup de concepts qui touchaient ses sentiments d'une façon quelconque ;*
9. *Une **tendance prononcée à des associations indirectes** n'est pas rare ;*

10. Les signes de **complexes chargés d'affect** se manifestent souvent d'une façon tout à fait exagérée.

Voici une description bleulerienne très poussée des symptômes de la *Spaltung* qu'il a biologisée et qui tend à néantiser les travaux de Freud sur l'*Infans*, dont nous savons que Bleuler connaît déjà la portée, et comprenons le reproche que lui formule Freud à l'occasion de leur échanges autour du manuscrit l'*Autisme*, qui est d'occulter la dissociation traditionnelle française (vice des associations et rupture conscient/inconscient) évoquée en l'endroit des textes sur l'*Interprétation des rêves* mais aussi la notion de représentation de choses et de représentation de mots et plus précisément les phénomènes de déplacement-condensation liés à la problématique du complexe de castration (Freud, 1915c ; Laplanche, 2007).

Par ailleurs, nous ne sommes pas en accord avec la proposition de Bottéro (2010) qui indique que :

Le choix de Bleuler de recourir au terme de « scission » (Spaltung) ne doit pas ici égarer. C'était bien de « dissociation au sens de l'École française » qu'il était question, comme avait pris soin de l'expliquer Jung. Mais d'une part le mot donnait lieu à une double traduction allemande, tantôt par Dissoziation, tantôt par Spaltung, la préférence de Freud par exemple allant volontiers à la seconde. D'autre part la dissociation avait déjà été employée à presque toutes les sauces pathologiques, y compris notamment dans la démence paralytique vis-à-vis de laquelle Bleuler tenait à différencier sa schizophrénie avec la même insistance que Kraepelin sa Dementia præcox. (p. 393)

À *contrario*, nous pensons que les propositions de Bleuler (1911) dans sa Monographie restent purement descriptives et n'intègrent pas la dissociation de l'École Française, ni la Théorie de la sexualité freudienne malgré leurs nombreux échanges et sa volonté d'introduire de la psychanalyse en psychiatrie. Au regard du travail final, la tentative nous semble mise en échec ; à ce propos de nombreux auteurs/acteurs dans le champ scientifique de la nosographie psychiatrique actuelle rejettent cette entité (Munoz-Negro et al., 2015 ; Vans Os, 2005).

Un second critère du groupe des schizophrénies proposé par Bleuler (1911) est **l'affectivité**, avec la potentielle présence de symptômes positifs ou négatifs, comme indiqué précédemment.

Le troisième critère est *l'ambivalence*, comme « la tendance de l'esprit schizophrène à doter simultanément les éléments psychiques les plus divers des signes négatif et positif (ambivalence) », conséquence selon lui, du « trouble schizophrénique des associations ».

Et tous ces signes sont, dans la perspective psychiatrique bleulérienne, causés par des troubles des fonctions organiques, l'affectif, la théorie freudienne et les apports de la Théorie de la sexualité, sont secondaires. Ensuite, dans la conception bleulérienne de la schizophrénie, vient la mention « altérations de ces fonctions » dans laquelle se fourvoient selon lui certains de ses contemporains. Ces observations, reposent, selon Bleuler (1911) « sur des erreurs dues au négativisme, à l'indifférence et à la paresse à penser », mais aussi « aux réponses irréfléchies des malades ».

Masselon a méconnu ces sources d'erreurs, ainsi que d'autres du même genre (...) On doit toujours s'informer soigneusement par des voies indirectes des connaissances des malades ; de simples réponses négatives ne doivent jamais faire conclure à leur ignorance. (...) Souvent, des troubles sont simulés par le fait que l'examineur et le patient ne parlent pas le même langage. (Bleuler, 1911, trad. fr. 2012, p. 92).

Parmi ces **signes de négativisme** auxquels il faut être vigilants, que répertorie et classe Bleuler : la sensation et la perception, l'orientation (il y classe les hallucinations, et autres *symptômes secondaires*...), la mémoire (évoque l'hypermnésie des paranoïaques), la conscience (orientation dans le temps et l'espace), la motricité.

Après les symptômes fondamentaux Bleuler (1911) introduit les **symptômes des fonctions complexes**, parmi lesquels, l'*Autisme* :

Les schizophrènes les plus graves, qui ne cultivent plus aucune relation, vivent dans un monde en soi ; ils se sont enfermés dans leur chrysalide avec leurs souhaits, qu'ils considèrent comme exaucés, ou avec les souffrances de leur réalité combinée à la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure. Dans des cas moins prononcés, la réalité a seulement perdu plus ou moins d'importance sur le plan affectif ou sur le plan logique. Les malades sont encore impliqués dans le monde extérieur, mais ni l'évidence ni la logique n'ont d'influence sur leurs souhaits ni leur délire. Tout ce qui est en contradiction avec les complexes n'existe tout simplement pas pour leur pensée ni pour leur sensibilité.

Dans ce passage aucun rappel aux travaux de Freud n'est fait et la description (à laquelle il dédie trois pages sur les sept cent et quelques pages du texte) qui est faite du repli

autoérotique n'amène rien de nouveau puisqu'en effet, nous savons que les schizophrènes peuvent n'exprimer aucun affect et être totalement en rupture avec la réalité. En avançant que leurs désirs sont exaucés, au demeurant, il nous a semblé nier leur souffrance ; mais celle-ci se trouve ailleurs, et puisqu'il considère qu'ils ont trouvé leur double dans leur fantasme, ils ne peuvent y accéder si elle se trouve en la réminiscence d'une agonie primitive sans cesse réactualisée.

Autres critères symptomatiques des fonctions complexes : l'attention, la volonté, la personnalité et Bleuler avance des éléments intéressants très influencés par la psychanalyse freudienne et la déchirure du Moi dans la schizophrénie (Freud, 1940), mais il termine son propos, en minimisant et en indiquant que ces phénomènes sont secondaires et à concevoir comme des *critères accessoires* puisque du domaine de l'affectif dans la conception qu'il en a.

L'orientation auto-psychique est habituellement normale. Les malades savent qui ils sont, pour autant que des idées délirantes n'altèrent pas la personnalité. Cependant, leur Moi n'est jamais totalement intact ; il présente régulièrement certaines altérations, notamment une tendance aux scissions (p. 109).

Vient ensuite *la démence schizophrénique* et pour finir « l'activité et le comportement ». S'achève alors le premier chapitre de la classification de Bleuler (1911). S'ensuit un long monologue, descriptif, des symptômes accessoires, des hallucinations, des délires, illustrés d'exemples. Finalement le langage ne prend pas plus de place dans sa réflexion que les autres symptômes secondaires, il y dédie une partie, (p. 206-p. 222), mais ne met rien en évidence qui n'ait déjà été décrit avant lui. Il ne s'empare pas des richesses que regorgent les travaux « herméneutiques du message » (expression de Laplanche, 2007).

2.3. Conclusions non exhaustives concernant le Groupe des schizophrénies de Bleuler

Lepoutre (2017) écrit - et cela nous semble juste, eu égard aux données en notre possession au sortir de la description que nous avons menée pour cette recherche dans les concepts initiaux - que :

*D'un côté, l'ambition de Bleuler consiste bien à « doubler » Kraepelin par Freud, permettant de déchiffrer la **symptomatologie secondaire** de la schizophrénie à la lueur des mécanismes découverts sur le terrain de la clinique analytique. Effet anoblissant : les symptômes secondaires, de fait, par l'introduction d'une psychogenèse, relégitiment la compétence de l'étiologie psychanalytique – à partir de quoi la schizophrénie, pour être hermétique, appellera le déchiffrage. C'est ce en quoi Bleuler pourra dire ceci : « **Mon expérience personnelle de la schizophrénie donne raison à Freud** d'une manière qui m'a moi-même surpris au plus haut point » Ce dont il fait l'expérience ici, c'est l'éloquence de la psychose pour ce qui est de donner à voir l'inconscient à « ciel ouvert » (p. 64)*

C'est aussi notre constat en parcourant les échanges entre le père de la psychanalyse et celui qui a renouvelé le nom des traditionnelles démences précoces dans sa Monographie (1911) de la fin du XIXème. Il nous semble presque gênant d'observer l'attitude défiante et orgueilleuse (avec pourtant un siècle de recul) de Bleuler à l'égard d'une psychanalyse, qui l'a pourtant nourri même si la part de mystère encore associée, et les **critiques de non scientificité** (Popper né en 1902 n'avait pourtant pas encore envahi la scène épistémologique, et certainement qu'au final, Freud n'en entendra *jamais parler* comme l'indique Laplanche, 2007), au-delà de ses résistances personnelles, ne lui ont pas permis de pousser au bout le rêve conjoint qu'il semble avoir entretenu avec Freud (voir *Lettres* [1904-1937], de faire entrer définitivement la psychanalyse dans la psychiatrie contemporaine. Ce qui sous-tendait de faire le deuil de la preuve dite objective ; du moins c'est ce qui émergeait dans les consciences en ce temps-là... Mais, comme le souligne Bottéro (2010) lors des cents ans de la schizophrénie, n'oublions pas que :

L'essentiel de l'apport de Bleuler fut de s'appuyer sur le constat que le pronostic n'était pas celui d'un « abêtissement » (Verblödung) irrémédiable, comme l'affirmait Kraepelin, pour réfuter que le mécanisme pathologique en cause fut celui des démences, et défendre à la place une interprétation nouvelle de sa psychopathologie qui, tant qu'à faire, amenait à rebaptiser l'affection. (p. 392)

Mais nous serions cependant plus modérée que l'auteur, afin de ne pas pour autant occulter, que *la terminaison*, comme la nomme Bleuler (1911) est déterminante dans le diagnostic et dont l'étiologie du trouble d'ordre FONDAMENTAL est organique.

2.3.1. Les symptômes de premier rang de Kurt Schneider (1959)

Bottéro (2011) s'interroge :

Les classifications psychiatriques sont singulières. Peut-on les prendre au sérieux ? Elles changent tout le temps, les psychiatres ne sont jamais d'accord à leur endroit, quand elles ne caricaturent pas les problèmes à force de les simplifier. (Ibid., p. 200)

Kurt Schneider est né en 1887, en Allemagne et mort en 1967, âgé de 80 ans. Il étudie la médecine à Berlin, puis en 1931, il devient le chef de la clinique de Cologne. Il traverse la période nazie, de purification raciale, dont il serait un euphémisme de dire qu'il s'agirait d'une période agitée comme l'écrit Hoening (1982). Au sortir de la guerre, il est appelé par l'armée américaine pour rouvrir une université fermée sous le régime nazi (Hoenig, 1982). Inspiré par les travaux de Kraepelin et de Jasper, il a développé une théorie des troubles de la personnalité, réutilisée ensuite dans la nosographie anglo-saxonne et en résonance directe avec les derniers modèles des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (A.P.A.). Clinicien psychopathologue, les trois éditions successives de sa *Psychopathologie clinique* (1939, 1942, 1944) envisageaient la schizophrénie comme une maladie « sans transition avec les anomalies de la personnalité : on est schizophrène ou schizoïde, sans passage possible de l'un à l'autre » (Bourgeois, 2017, p. 27). Schneider (1944) a encore « plus restreint la conception de la schizophrénie » (*dans une perspective eugéniste ?*) et s'opposait à la distinction entre symptômes primaires et secondaires en rapport avec la composition de chacune de ces catégories, telles que Bleuler les avait conçues. Concernant le diagnostic, ainsi que Marc-Louis Bourgeois (2017) le fait remarquer : « aucun des quatre symptômes primaires de E. Bleuler (troubles des associations, de l'affectivité, autisme, ambivalence) ne figure parmi les "symptômes de premier rang" ». (*Ibid.*, p. 27)

Ainsi, en 1929, Schneider a proposé de réunir tous les symptômes de « premier rang » autour de (référence in Bourgeois, chapitre I, p. 29) :

- La perception auditive de la pensée (*Hören der eigenen Gedanken*) ;

- Les hallucinations auditives dans lesquelles des voix conversent entre elles (*Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede*) ;
- Les hallucinations auditives dans lesquelles des voix commentent les actes du sujet (*Stimmen welche die Handlungen des Kranken mit Bemerkungen begleiten*) ;
- Les sensations corporelles imposées (*Körperliche Beeinflussungen*) ;
- Le vol de la pensée (*Gedankenentzug*) ;
- L'imposition de la pensée (*Eingeben von Gedanken*) ;
- La divulgation de la pensée (*Gedankenausbreitung*) ;
- La perception délirante ;
- Sentiments imposés ou contrôlés ;
- Les impulsions imposées ou contrôlées ;
- La volonté imposée ou contrôlée (*Alles von andern Gemachtes und Beeinflusstes auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens und des Willens*).

Cette liste a été très influente dans la composition de la nosographie contemporaine, elle donne à voir des signes observables et supposés caractéristiques de la schizophrénie, qui s'associent aux signes psychopathologiques moins spécifiques que sont les symptômes négatifs... Or, les symptômes négatifs eux, sont plus complexes à évaluer et semblent avoir été délaissés au profit de l'objectivable.

2.3.2. Les symptômes dits « négatifs »

Comme le rappellent Mach et Dolfus en 2016, Bleuler (1911) considérait « *l'émoussement affectif* » et le « *retrait émotionnel* » comme des « traits essentiels de la schizophrénie » ; mais les auteurs n'évoquent pas l'*Autisme* dans son œuvre, pourtant le point d'achoppement névralgique de la discorde entre Freud et lui (*Lettres*, 2016). Ce n'est pas sans repenser à l'œuvre d'Eugène Minkowski – inspiré par les recherches philosophiques de Bergson, et à son concept, « **l'Élan vital** » (1927) dans *LA SCHIZOPHRÉNIE. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes* – que nous écrivons ces lignes... Minkowski s'appuyait sur les références bibliographiques de la 8^e édition du *Traité* de Kraepelin (1913), comme le rappelle Garrabé (2017). En effet, la démarche phénoménologique a largement questionné « l'atteinte schizophrénique » et notamment à travers un vocabulaire descriptif en lien avec le

phénomène dissociatif (déstructuration, dissociation, morcellement). « Figure topologique de ruines, annonciatrice du cataclysme et de la déperdition ontologiques qu'elle produit », selon Jeanine Chamond (1999) par la perte du contact vital avec la réalité (in *Au-delà du rationalisme morbide*, [1997]).

Selon Garrabé (2017), Eugène Minkowski revient sur *l'associationnisme* sur lequel, dit-il, Bleuler a fondé la psychopathologie de la schizophrénie en distinguant les symptômes primaires et secondaires et en faisant de la *Spaltung* le signe pathognomonique de la schizophrénie. Pour Minkowski, selon Garrabé (2017), la *Spaltung* se différencie de notions telles que « dissociation » ou « désagrégation ». Minkowski emploie toujours le terme allemand *Spaltung* dont la traduction exacte en français pose de redoutables problèmes. Minkowski semblait penser aussi que la *Spaltung* s'est imposée « avec plus de force en raison même des faits qu'elle contribuait à mettre à jour » (Garrabé, 2017).

*Nous pensons que si Minkowski ne traduit pas ici **Spaltung** c'est pour marquer qu'il ne s'agit pas là pour lui d'un simple mécanisme comme pour Eugen Bleuler mais bien d'un phénomène propre à la schizophrénie ou mieux à la personne du schizophrène pour parler comme Wyrsh. (Garrabé, 2017, p. 21)*

Nous irons plus loin que Garrabé et indiquerons qu'elle constitue même un marqueur psychique métapsychologique (Bergeret, 1972) d'un processus de perte d'objet interne dans une perspective analytique comme l'indique Bergeret (1972) dans le « livre jaune »⁵.

Les symptômes négatifs sont à voir du côté de la psychiatrie plus traditionnelle, comme Mach et Dolfus (2016) le rappellent, par exemple rapportés au concept d'*athymhormie* (de Dide et Guiranud, 1929) utilisé pour caractériser « un désordre motivationnel ou une réduction ou une perte des désirs, des affects et des intérêts, associée à une perte d'élan et d'envie à les satisfaire ». À éventuellement rapporter également au concept décrit par Jean Delay (1946), l'*hypothymie* : « affaïssement du tonus instinctivo-affectif de base qui conditionne l'humeur », qu'il considère comme un trait fondamental de l'hébéphrénie ou d'une démence précoce selon Mach et Dolfus (2016). Mais les symptômes de premier rang de

⁵ En référence à la nomination choisie par nos collègues à l'occasion de la journée d'hommage à Bergeret (9 février 2018) à Lyon, université d'exercice de Bergeret

Schneider (1957), du fait de la facilité à les coder et à les valider statistiquement, ont fortement influencé la nosographie psychiatrique. Nous percevons deux critiques à adresser au modèle de la schizophrénie de Schneider (1957) :

1. Cette classification amène une démarche diagnostique de la schizophrénie fondée sur des types de signes, les uns faciles à saisir, ce sont les symptômes positifs. Les autres, secondaires, à mettre en balance avec les symptômes positifs, quant à eux difficilement, voire très difficilement, observables. Ils sont ceux, pourtant, qui viennent témoigner dans la schizophrénie de ce que Bleuler (1911) a décrit comme l'*Autisme*. Ce que Freud désigne dans le modèle métapsychologique comme « le retrait de la libido sur le moi » (Lettres, 2016). À tel point, que selon Mach et Dolfus (2016), les symptômes de premier rang sont « une tentative de définition opérationnelle » dont ils déplorent la pauvreté et que nous qualifierons *d'échouée* de la schizophrénie ; même si ce que nous sommes tentée de nommer des *caricatures de symptômes* possèdent en contrepartie évidemment une très bonne fidélité inter-juges (Mach et Dolfus, 2016). Les symptômes négatifs ne jouent qu'un rôle secondaire et sont, pourtant, peut-être les plus importants dans ce qui se joue chez les patients schizophrènes selon le modèle métapsychologique et le registre objectal de l'entité (Bergeret, 1972). Dans l'hébéphrénie (sans évoquer la catatonie, dont nous n'avons rencontré jusqu'à présent aucune forme de ce type) les symptômes négatifs sont quasi tout ce qui reste d'observable chez le patient. La chimiothérapie (associée au retrait de la libido sur le moi) a souvent totalement abrasé l'imaginaire et nous ne constatons ni délire, ni hallucination (le patient « fantôme » en référence à Racamier, 1992). Seulement des patients hébétés toute la journée devant la télévision, dans l'attente du café ou du repas. Ces patients sont souvent très difficiles d'accès, il y en a avec qui il est impossible d'entrer en contact et dont « le retrait » est ce qui marque le plus.
2. Les symptômes positifs en eux-mêmes posent problème, ils convoquent uniquement une symptomatologie bruyante, correspondante évidemment à des crises hallucinatoires visuelles ou auditives, voire persécutives, aiguës déployant ainsi leurs potentiels diagnostiques considérablement ; mais venant recapter au passage toutes les entités susceptibles de délirer, d'avoir des hallucinations :

C'est cette évaluation facile et reproductible des symptômes de 1er rang qui va convaincre la communauté scientifique de les inclure dans les systèmes de classification diagnostiques au détriment des symptômes négatifs, eux-mêmes ayant une faible fidélité interjuges. (Mach et Dolfus, 2016, p. 166)

La conception de Schneider de la schizophrénie est basée sur la symptomatologie de premier rang (intuition délirante, dépression ou euphorie), il n'attache que peu d'importance à la « perturbation du contact » pourtant propre à cette pathologie. Schneider a comme une conception obtuse de la schizophrénie, comme une affliction aigue et massive où les processus de déréalisation et de dépersonnalisation occupent toute la place, sans ne jamais réellement réussir à les définir. C'est pourtant sa théorie qui va influencer les conceptions des derniers DSM comme l'ont fait remarquer, dans la littérature, les nombreux auteurs que nous avons évoqués.

2.4. Le DSM-3 un tournant théorique

*Les premiers systèmes de classification aux États-Unis ont été élaborés par le gouvernement fédéral en vue de recensement. Entre 1840 et 1880, on est passé d'une catégorie, l'idiotie, incluant la folie, à sept. **Ce sont les besoins administratifs et non les demandes de praticiens qui motivèrent toutes les révisions, y compris celle du DSM-IV entreprise pour mettre le DSM en accord avec la CIM de l'OMS.** (Coudurier, 2005)*

Robert Spizer et ses collaborateurs ont eu pour projet, dans les années 1974-1975, de réaliser une classification innovante. C'est en 1980 que la troisième édition voit le jour (A.P.A., 1980). À l'instar de Jacques Gasser et de Michael Stigler (In : Ehrenberg & Lovell, 2005, 2^{ème} édition), il est intéressant de remarquer le tournant théorique pris lors de la troisième édition du DSM-III. « [II] se base sur la **classification syndromique**, avec une volonté de rester neutre quant aux causes supposées provoquer les affections mentales en question » (Ibid., p. 234). L'a-théorisme affiché sous-tend certainement une orientation « behavioriste camouflée » selon les auteurs « un langage neutre impartial » semble « impossible » car évidemment les « mots » utilisés dans le *Manuel* décrivent une certaine réalité, celle qui ressortira du prisme déformant choisi par l'auteur.

Steeves Demazeux (2013) écrit :

Si les motivations institutionnelles ou idéologiques derrière cette orientation nouvelle sont nombreuses, le projet épistémologique des Néokraepeliniens à l'origine du DSM-III apparaît avant tout comme la réponse à une crise de légitimité profonde que connaît la psychiatrie américaine des années 1970. Celle-ci est profondément divisée sur le plan théorique entre les partisans d'une approche biologique, les partisans d'une approche psychodynamique, mais aussi les tenants d'une approche psychosociale ou communautaire. Les critiques violentes adressées par les antipsychiatres et les sociologues aggravent l'image publique déjà détériorée d'une psychiatrie asilaire perçue comme uniquement répressive. La querelle de l'homosexualité, l'affaire Rosenhan, mais aussi les enquêtes empiriques qui mettent en évidence la grande inconsistance des diagnostics psychiatriques, tout semble mettre en cause le caractère pseudo-scientifique de la psychopathologie clinique. (Ibid., p. 296)

De premier abord, en référence à l'article de Lepoutre (2017) cité précédemment, il nous semble que Demazeux (2013) adhère à l'idée persévérante d'une unité des néokraepeliniens, idéologues du Père de la psychiatrie, et qui projettent en lui une épistémologie du biologique. C'est aussi de la part des auteurs du DSM, malgré tout, « l'expression d'un pari scientifique osé » (Demazeux, 2013), selon lequel « la clinique psychiatrique est perfectible pourvu qu'on adopte les méthodes qui ont fait le succès de la recherche clinique dans les autres branches de la médecine » (Ibid., p. 296)

En outre, comme le rappelle Jean-François Coudurier (2005) : « aux demandes gouvernementales se sont ajoutées au début des années 1970 les demandes des assurances maladie, qui aux États-Unis, faut-il le rappeler, sont privées... » (Ibid., p. 22)

Il nous est apparu qu'à chaque révision certaines entités nosographiques importantes de la psychanalyse (parce que décrites par Freud entre autres), comme la névrose ou la paranoïa, avaient disparu ; alors certes, au profit des données empiriques, mais données, qui le rappelons-le, dépendent clairement des critères et de la symptomatologie retenus. Ajoutés à cela, les arguments d'un manuel diagnostique statistique objectif des troubles fiables sont critiquables, les recherches empiriques sont souvent menées sur de très larges cohortes dans des hôpitaux. Vassilis Kapsambelis (2014) nous interpelle sur ce sujet :

...le DSM-III marque une rupture avec la première (1952) et la deuxième (1968) éditions, fortement marquées par la psychopathologie psychanalytique. La troisième édition de ce Manuel supprime la dichotomie, considérée comme éminemment psychanalytique aux

États-Unis, entre névroses et psychoses, et d'ailleurs supprime tout bonnement la catégorie des névroses elle-même ». Et au passage, celle de l'hystérie (Ibid., p. 441)

Kapsambelis (2014) confirme l'idée selon laquelle le DSM-III marque une « réorientation biologique de la psychiatrie » en raison des recherches sur les neuroleptiques et de leur effet « commun » sur les entités psychotiques (paranoïaques, schizophréniques, et autres psychoses). Même si des découvertes intéressantes sont faites dans les domaines des sciences naturelles, biologiques, physiologiques et neurologiques, les données venant étayer une étiologie purement biologique ou neurologique de la psychose n'ont pas encore été trouvées, si elles existent. Nous pensons qu'il s'agit d'une interaction de plusieurs phénomènes et qu'il est intéressant de poursuivre des recherches sur le psychisme, sans occulter le reste. De réaliser ensuite une lecture complexe de l'individu, chaque spécialiste venant l'éclairer par ses connaissances. Mais la psychiatrie contemporaine a rejeté la psychanalyse et commence à essayer les revers de ce positivisme. En outre, il se pourrait que durant cette période un hiatus se soit installé dans la formation des futurs psychiatres qui tiendrait notamment au fait que l'enseignement psychiatrique accorde de moins en moins de place à la psychanalyse : « la psychiatrie devient plus que jamais une branche à part entière de la médecine » (Kapsambelis, 2014, p. 444). Le problème pratico-pratique relève ainsi du fait que :

Sur le terrain, dans l'empirisme de la pratique on ne saura que peu de choses sur les façons d'écouter son histoire [au patient] et de la relier à la situation présente, façons d'écouter le silence ou de relancer la conversation, façons d'entendre les demandes à des niveaux différents... (Ibid., p. 445).

Nous attirons ainsi l'attention du lecteur sur l'intérêt que les recherches en psychopathologie clinique psychanalytique puissent se poursuivre au même titre que celles amenées dans les autres domaines, comportementalistes, neurobiologiques, etc., sans qu'un modèle hiérarchique des concepts ne soit accordé par les auteurs du DSM ou avant eux, par les conceptualisateurs de la nosologie tel Bleuler (1911) à travers la mise au second plan des symptômes d'ordre « affectif » alors que depuis Freud il n'a pas encore été démontré qu'ils n'étaient que secondaires, de même qu'il a été démontré toute l'importance du registre objectal par les travaux de nos contemporains sur le narcissisme. Le corps et l'esprit ne sont certes pas deux entités séparées au sens cartésien, mais liées, selon la perspective moniste qui

est la nôtre et l'un et l'autre s'influencent, sans qu'une quelconque hiérarchie semble intervenir. Lorsque nous vivons un événement fort émotionnellement, que nos défenses saturent, le somatique peut prendre le relais, par un bouton de fièvre, ou par l'eczéma qui s'était fait oublier et qui réapparaît... Ce que Pierre Marty (1976) appelle les régressions somatiques quotidiennes. La psychologie somatique a encore de beaux jours devant elle et de nombreux secrets à révéler. Il nous a semblé qu'en questionnant la schizophrénie, entité polymorphe, complexe, « point de rupture » au sens de Foucault (1972), nous pourrions dégager des éléments venant mettre en évidence toute l'importance de la compréhension par le biais d'une lecture psychanalytique, en termes de conflits psychiques sous-jacents, de mécanismes de défense et d'autres indicateurs de sous-bassement liés à l'entité organisationnelle et structurelle de la personnalité, permettant une ouverture enrichissante et différente de celle fondée uniquement sur la critériologie objectivable. Le registre objectal venant émerger à l'issue de cette littérature, comme primordial.

2.4.1. DSM-IV et DSM-IV-TR

Le DSM-IV (A.P.A., 1994) s'inscrit dans la continuité du troisième opus. Nancy McWilliams (2011, 2013 2^{ème} édition) dans son ouvrage *Psychoanalytic Diagnosis* insiste sur l'importance de continuer à proposer aux futurs psychothérapeutes⁶ une sensibilité clinique à travers laquelle l'être humain doit être compris au-delà d'une « collection de symptômes et de facteurs de comorbidités » (Ibid., p. 9). Mc Williams (2011, 2013) constate en effet un changement de « climat » entre le troisième et le quatrième opus, elle écrit (selon notre traduction) :

Le climat dans lequel les thérapeutes de mon pays [États-Unis] pratiquent actuellement est nettement moins clément depuis 1994. Les praticiens contemporains sont assiégés avec des personnes en souffrance qui ont besoin de soins intenses au long court. Mais ils ont, au contraire, pour injonction de ne pas voir chaque patient plus d'une fois toutes les deux semaines, ou même moins fréquemment, et de recevoir toujours de nouveaux cas, rendant impossible un suivi qui respecterait la singularité du sujet. (Ibid., p. 10)

Etudiants envers qui les Professeurs ont des responsabilités. Mac William ici évoque les valeurs professorales chères à mon co-directeur, Claude De Tychev et à Nina Rausch de Traubenberg⁶

Nous ressentons actuellement le même effet en France, par rebond, comme une forme de *traitement à la chaîne* en C.M.P. ou en I.M.E. (lorsque nous en discutons avec nos collègues), ne pouvant nous permettre de respecter l'essence et la singularité du sujet, parce que soumis à des protocoles rigides et pensés à des fins économiques.

Alors, McWilliams (2013) en appelle à un retour à la valeur apportée « à la subjectivité du sujet » dans une « perspective dimensionnelle ». La question de la **classification catégorielle** ou **dimensionnelle** a effectivement envahi le débat entre le DSM-IV, le DSM-IV-TR (A.P.A., 2000) et le DSM-5 (A.P.A., 2013). Lors d'une interview en 2004, Otto Kernberg indiquait :

Un certain temps sera nécessaire avant que le système DSM incorpore les connaissances psychanalytiques. Pour résumer, le DSM a eu des influences à la fois positives et négatives. Des efforts sont actuellement menés pour modifier et enrichir le DSM IV avec l'incorporation des découvertes psychodynamiques, et nous verrons des changements significatifs dans notre système de classification avec le temps que cela prendra en arrivant au DSM V et VI » (Kernberg, 2004)

Dans cette remarque, Kernberg (2004) fait notamment référence à ses apports en termes de structure de personnalité mais aussi aux personnalités narcissiques et à leurs relations d'objet. Dans le chapitre d'ouvrage *A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders*, Kernberg (1996) lève l'ambiguïté, il indique : « le terme structure, tel que nous l'utilisons, se réfère à une organisation relativement stable et qui dure dans le temps » (Ibid., p. 116). Ce à quoi il ajoute : « Nous pensons que **les modèles de classification doivent combiner une approche catégorielle à une approche dimensionnelle** » (Ibid., p. 115). Kernberg (1996, 2004) adopte ainsi le même positionnement que Bergeret (1974), à savoir **quasi-dimensionnel**, celui d'un traitement sur la base de l'organisation profonde de la personnalité : la structure, mais aussi des traits de personnalité, le caractère chez Bergeret (1974). Cependant, selon la typologie de Claridge 1997, on dirait plutôt pleinement dimensionnel : un axe psychopathologique qui croise un axe de personnalité ; le quasi-dimensionnel ne désignerait que le modèle retenant l'axe psychopathologique.

2.4.2. Éléments définitoires : approche catégorielle et approche dimensionnelle

L'**approche catégorielle** est la méthode traditionnelle en psychiatrie et elle caractérise toute démarche classificatoire, il s'agit d'établir des catégories précises aux propriétés clairement définies « visant à établir la présence ou l'absence d'une catégorie (l'abord syndromique entre dans ce cadre). » (Widakowich et al. 2012, p. 301). Selon l'approche catégorielle « connaître c'est classer » (Bricaud, 2011, p. 288). L'approche catégorielle envisage les phénomènes psychiques « comme des catégories distinctes et s'appuie sur le modèle syndromique. » (Bricaud, 2011, p. 288).

Tandis que l'**approche dimensionnelle** consiste à : « caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de dimensions quantifiables du normal au pathologique. » (Bricaud et al., 2011, p. 289). Comparativement à l'approche catégorielle, l'approche dimensionnelle : « procure la mesure des différences quantitatives d'un même type de substrat, en essayant de nuancer des symptômes par différents degrés d'intensité ». (Widakowich et al., 2012, p. 301). « D'autre part, l'approche dimensionnelle consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de dimensions quantifiables du normal au pathologique » (Bricaud et al., 2011, p. 289). L'intérêt de l'approche dimensionnelle, qui constitue également une des limites de l'approche catégorielle, c'est qu'**elle peut s'appliquer aussi bien au sujet clinique qu'au sujet non-clinique**. Le parallèle avec une théorisation structuraliste bergerétienne **du normal et du pathologique** associé à une perspective génétique, exposée au sein de notre revue de la littérature, est ainsi envisageable... Mais aussi au sein des structures comme les troubles schizoïdes ou schizotypiques (Prudent, Evrard, Laurent, De Tychev, 2016).

2.4.3. Émergence de l'approche dimensionnelle

La présence de traits de personnalité attenants aux troubles catégorisés dans la nosographie psychiatrique chez le *sujet non-clinique* est au fondement d'une approche dimensionnelle. Nous pouvons retrouver le débat des antagonismes catégoriels et dimensionnels dans les travaux de Hempel et Eysenck à la fin des années 1980. C. Hempel proposa, en effet, de développer une approche pragmatique des troubles dans *Fundamentals*

of *Taxynomy* en 1965. Svračić et al. (1993), Saulsman et Page (2004), Bagby et al. (2005), Daneluzzo et al. (2005), Freeman (2007), Mc Williams (2011, 2013) sont autant d'auteurs à avoir repéré des traits de personnalité relatifs aux troubles *catégorisés* dans la nosographie psychiatrique chez le sujet *non-clinique /normal*. Le caractère évolutif des troubles était déjà au centre de la conception kraepelinienne, comme le soulignent M. Bricaud *et al.* (2011), en effet Kraepelin considérait que l'évolution devait caractériser l'individualité d'une maladie et sur la fin de sa vie, le psychiatre allemand, écrit : « la folie n'est rien d'autre que l'exagération du caractère habituel » (Kraepelin, 1899). Ce qui amène M. Bricaud *et al.* (2011) à penser qu'il s'agirait là d'une « ébauche lointaine d'une classification de troubles de la personnalité » reflétée par une « approche plus orientée sur la personne et son tempérament que sur la maladie mentale. » (M. Bricaud *et al.*, 2011, p. 301). Kretschmer (1918) utilisait les termes de « schizophrènes », « schizoïdie » et « schizothymie » pour décrire **différentes graduations** de la **même disposition de tempérament** et c'est cette proposition de Kretschmer qui donna naissance à l'approche dimensionnelle. Peu après, C. Hempel (1965) - ayant jugé cette démarche féconde en psychopathologie - propose d'utiliser un schéma de classification en catégorie par un autre schéma « d'espace à plusieurs dimensions » selon Bricaud et al. (2011). Ses auteurs rejoignent la proposition de Kernberg (2004) pour que l'approche dimensionnelle vienne venir compléter et colmater les brèches de l'approche catégorielle dans la nosographie psychiatrique.

C'est finalement la proposition que vont faire les auteurs du DSM-5 (A.P.A., 2013), modèle hybride, où certains troubles de la personnalité sont maintenus selon une approche catégorielle (cluster A et cluster B de l'axe II, sauf la personnalité histrionique, supprimée) mais où malheureusement le spectre schizophrénique absorbe les troubles de la personnalité de l'axe II-cluster A et *recapte* ainsi le reste des psychoses, comme la paranoïa (dans le spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques); mais l'A.P.A. fait l'effort, néanmoins, de venir tenter l'inscription au sein d'une approche dimensionnelle.

Evolution de la schizophrénie en l'état...

La définition de la schizophrénie a évolué au cours des six éditions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Trois axes majeurs ont été empruntés pour la définir :

- a) La **définition de Kraepelin** (parue en anglais en 1971) qui met l'accent sur l'évolution, la chronicité et les perspectives évolutives pauvres mais surtout sur le **déterminisme biologique** ;
- b) La **définition bleulérienne** (parue en anglais en 1950) avec l'accent mis sur la pathologie dissociative en tant qu'élément fondamental et, en second lieu, les symptômes négatifs ;
- c) Les **descriptions psychopathologiques de Schneider** des symptômes de premier rang (1957, paru en anglais en 1959) les symptômes positifs (par exemple, la distorsion de la réalité) et les symptômes de second rang négatifs.

L'importance donnée à ces trois perspectives a toujours varié dans le temps. Comme le font remarquer R. Tandon et al. (2013), la perspective de Bleuler a davantage imprégné le DSM-I et le DSM-II. Puis le relais a été pris par les symptômes de premier rang de Schneider (1944), aux meilleures qualités métriques (raisons aussi de son succès), creusant toujours plus l'écart déjà important entre les marqueurs symptomatologiques utilisés par les américains et ceux utilisés en Europe. L'Europe fidèle à Freud et toujours très influencée par la psychanalyse et ses préceptes, voire par les concepts lacaniens...

Depuis le DSM-III (A.P.A., 1980) en passant par le DSM-III-R (A.P.A., 1994) jusqu'au DSM-IV (A.P.A., 2000), les modifications des critères de la schizophrénie ont été modestes et ont concerné l'âge limite d'apparition de la maladie, auparavant fixé à 45 ans, ainsi que l'inclusion de la symptomatologie négative. La définition du spectre schizophrénique dans le DSM-5 (APA, 2013) est la suivante :

Le spectre de la schizophrénie comprend la schizophrénie, d'autres troubles psychotiques, et le trouble schizotypique (de la personnalité). Ces entités sont définies par des anomalies dans un ou plusieurs des cinq domaines... (D.S.M.-5, A.P.A., 2013).

Le DSM-5 classe donc désormais les *autres troubles psychotiques* au sein du spectre schizophrénique et ils sont définis par les cinq domaines suivants :

- **Les délires**, définis par les auteurs selon la proposition suivante : « Des croyances qui ne sont pas susceptibles de changer à la lumière des éléments de preuve contradictoires fixés. Leur contenu peut inclure une variété de thèmes (par exemple, de persécution, référentielle, somatique, religieux, grandiose). » (A.P.A., 2013, trad. fr. 2014, p. 126).

- **Les hallucinations**, qui correspondent dans le DSM-5 à : « Des expériences de perception qui se produisent sans stimulus externe. Ils sont vifs et clairs, avec toute la force et l'impact des perceptions normales, et incontrôlables ». (A.P.A., 2013, trad. fr. 2014, p. 126)

- **La désorganisation** de la pensée, définie par la proposition suivante : « La désorganisation de la pensée (de trouble de la pensée formelle) est généralement repérée chez la personne à travers son discours. L'individu peut passer d'un sujet à l'autre (déraillement ou associations libres). » (A.P.A., 2014, p. 126) Le symptôme doit être sévère.

- **La désorganisation psychomotrice** (incluse la catatonie) : « Peut se manifester de diverses façons, allant de la « *bêtise infantine* » à l'agitation imprévisible. Des problèmes peuvent être notés dans toute forme de comportement orienté vers un but, conduisant à des difficultés dans l'exécution des activités de la vie quotidienne. » (APA, 2014, p.126)

- **Les symptômes négatifs** qui correspondent à (i) la diminution de l'expression émotionnelle et à la perte de la motivation ; (ii) l'alogia, l'anhédonie et le retrait social. Les deux premiers symptômes négatifs étant les plus importants pour poser le diagnostic.

Évidemment, au sein des troubles psychotiques dépendants du spectre schizophrénique, il y a le trouble schizotypique, ou autrement appelé, trouble délirant (DD) constitué de 7 sous-types (érotomane, grandiose, jaloux, persécuté, somatique, mixte et indifférencié). Le diagnostic différentiel avec la schizophrénie se fait à partir de l'absence des symptômes de la phase active de la schizophrénie. Nous retrouvons donc désormais DD, représentatif pour la plupart des auteurs de la paranoïa, au sein du spectre schizophrénique et **validons l'hypothèse d'un *recapteur nosographique* pour nommer le spectre schizophrénique dans la psychiatrie contemporaine.**

2.4.4. **DSM-5 et le modèle hybride dimensionnel**

L'hégémonie du spectre schizophrénique...

Deux changements ont été faits dans le critère A de la schizophrénie dans le DSM-5 : Critère A (APA, 2014). Les auteurs ont procédé à l'élimination de l'attribution spéciale des hallucinations auditives que Schneider (1959) classifiait de « premier rang » (c'est-à-dire entendre deux ou plusieurs voix converser), diminuant ainsi l'impact sur la nosographie des symptômes positifs (propices à créer beaucoup de faux-positifs). Désormais est imposée la

nécessité d'avoir au moins deux symptômes du critère A pour poser le diagnostic de toute schizophrénie (un délire et une hallucination).

Critère A : Deux (ou plus) des éléments suivants, présents chacun pour une part importante du temps au cours d'une période d'un mois (ou moins si elle est traitée avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3):

1. Délire
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Les symptômes négatifs (expressions émotionnelles diminuées)

De sorte que les deux symptômes principaux dits positifs (délire et hallucinations auditives) permettent de poser le diagnostic de schizophrénie et comme l'écrit B. Levy (2011) :

L'adoption par la psychiatrie américaine des onze critères de premier rang de Kurt Schneider a eu pour conséquence d'accentuer la désagrégation des repères cliniques rigoureux en dotant la schizophrénie en général et la schizophrénie paranoïde en particulier, d'une définition élargie. (Ibid., p. 123)

Il n'en reste pas moins que de toute manière, le spectre schizophrénique s'élargit et tend à absorber l'ensemble des troubles psychotiques dans un mouvement d'indifférenciation et d'abrasement des frontières. Le constat établi par les auteurs tel que Blais et al. (2013), Mullins-Sweat *et al.* (2012), Azoulay (2007), Prudent, Evrard, De Tychev (2017a) sur la perte en matière de prise en charge par rebond est justifiée.

Comme Feten Fekih-Romdhane, Leila Chennoufi et Mejda Cheour le notent : « cinq symptômes caractéristiques de la schizophrénie ont été conservés dans le DSM-5 » en plus du fait que trois modifications ont été apportées au critère A relativisant au passage l'importance des symptômes de premier rang de Schneider, notamment par une clarification de la définition de ces symptômes positifs.

Cependant, par rapport à l'opus précédent, ce qui est intéressant, c'est que la question des délires bizarres ou non-bizarres est enfin éludée... Nous reverrons ce point dans l'approche de la paranoïa en chapitre III.

La schizophrénie paranoïde disparaît, évidemment au profit d'autres types de schizophrénie plus actuelles et justifiant peut-être l'utilisation des symptômes négatifs, comme la schizoïdie ou la schizotypie. Mais si la schizophrénie paranoïde disparaît, c'est bien parce que parmi ces autres troubles eux-mêmes au sein du spectre schizophrénique, tels des poupées russes, se retrouve le fossile de la paranoïa... Delirium Disorders ou « *personnalités schizotypiques* » (p. 41 de la version *Mini* française, A.P.A., 2016) « dont les critères pour la personnalité se trouvent dans le chapitre troubles de la personnalité » (A.P.A., 2013 trad. fr., 2016). La paranoïa, elle, disparaît à *petit feu*, puisque dans le nouveau modèle hybride des troubles de la personnalité [axe II], au sein du cluster A se trouvait rangée Paranoid Personality Disorders ou les troubles paranoïaques de la personnalité⁷, mais elle n'est plus (ainsi que six autres troubles tels que les troubles histrioniques), une *chasse aux sorcières* a été réalisée par les auteurs du DSM... Nous nous permettons d'utiliser des termes si dévalorisants dans le sens où nos recherches dans la littérature nous ont conduite à mettre en lumière la disparité des avis en ce qui concerne la suppression ou la rétention des troubles des clusters A, B et C dont les troubles histrioniques et schizoïdes ont fait les frais... Le tout au sein du modèle hybride, car, heureusement, dans le modèle catégoriel ces troubles sont encore conservés, mais pour combien de temps encore ?

Nous remercions notre amie projectiviste de l'Ecole Suisse, Odile Husain de nous avoir fait remarquer que dans sa traduction française le DSM conserve cette terminaison en -oïaque et non à la mode anglo-saxonne en -oïde.

2.5. Apports cliniques psychanalytiques concernant les psychoses dissociées

C'est le génital œdipien qui lie, sans aucun doute, toutes les énergies. Mais que se passe-t-il quand cette liaison ne peut s'effectuer vraiment sous le primat d'Œdipe ? Ou bien tout simplement avant qu'elle ne soit structurellement encore effectuée ? (Bergeret, La violence fondamentale, 2010, p. 7)

« **La mort ou la folie ?** » **La question de la néantisation et du « droit à la vie »**

... *AU-DELÀ D'UN CERTAIN PLAISIR EXISTE LA MORT*⁸ ...

Dans une interview en 1981 à l'université Catholique de Louvain, Michel Foucault déduit de ses observations des sujets enclins aux expériences limites « à la frontière », qu'il serait intéressant de :

*« Faire de l'histoire de la folie une interrogation sur notre système de raison, par exemple quel est le rapport entre la pensée médicale, le **savoir de la maladie** et de la vie, qu'est-ce que c'est **par rapport à l'expérience de la mort**, et comment est-ce que le problème de la mort a été intégré dans le savoir, ou comment ce savoir a été indexé à ce **point absolu de la mort** ? Même chose pour le crime par rapport à la loi au lieu d'interroger la loi elle-même et ce qui peut fonder la loi, prendre le crime comme **point de rupture** avec ce système ».*

En 1972, dans *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault liait déjà la **néantisation et la mort** à la question de la folie :

*La substitution du thème de **la folie** à celui de **la mort** ne marque pas une rupture, mais plutôt une torsion à l'intérieur de la même inquiétude. C'est toujours **du néant de l'existence** qu'il est question, mais ce **néant** n'est plus reconnu comme terme extérieur et final, à la fois **menace et conclusion** (...) tandis qu'il fallait les rappeler à la sagesse par **le spectacle de la mort**, maintenant la sagesse consistera à dénoncer partout la folie, à apprendre aux hommes qu'ils ne sont déjà rien de plus **que des morts**, et que si le terme est*

⁸ Jean Bergeret (2010, p. 184).

proche, c'est dans la mesure où la folie devenue universelle ne fera plus qu'une seule et même chose avec la mort elle-même. (Foucault, 1972, p. 27)

Foucault fait le pari que **la mort** c'est **la folie**, ou plutôt l'inverse, mais aussi que la folie a à voir avec la question de **la vérité** (1972, p. 40-46). La métapsychologie, en tant que recherche de la vérité, est une voie d'entrée à laquelle nous allons tenter d'accéder à travers la compréhension analytique de la schizophrénie, entité la plus proche dans sa forme positive et aigue de l'image que l'on se fait de la « folie ». En reprenant dans un premier temps le texte de Freud de 1915, (une section consacrée au texte *l'Ambivalence dans les sentiments* Freud, 1913 [dans Totem et tabou] car également support de notre pensée pour amener cette partie théorique), essentiel, selon nous, comme théorie intermédiaire des pulsions (entre celle de 1905 et celle de 1920-1923), nous y relierons la position bergerétienne concernant la violence fondamentale et la « lutte pour la vie » que Bergeret (2010) décrit. Dans un second temps, nous questionnerons la position bergerétienne concernant le destin des pulsions et la mort dans la schizophrénie ; dans un troisième temps, nous évoquerons les travaux de Wilfried Bion (1967, 1982) et de Mélanie Klein (1947, 1968), incontournables, concernant l'identification projective et la destructivité des liens. Dans un quatrième temps, nous interrogerons Harold Searles (1959) concernant les mécanismes psychiques interpersonnels dans la schizophrénie ainsi que le contre-transfert chez les patients psychotiques et, enfin, nous ferons un détour par le travail du négatif et son importance, contrairement à ce que la nosographie psychiatrique actuelle laisse entrevoir. Avec l'idée, évidemment, que ces concepts nous seront tous plus utiles les uns que les autres dans l'analyse de ce travail (Partie III). Notre objectif est de tenter d'amener des éléments de réponses sur le rôle et la valeur des pulsions dans la psychose, ce à quoi on a accès au Rorschach dans les protocoles où les processus primaires prennent le pas sur les processus secondaires. Problématique où le complexe œdipien est largement désorganisateur mais bien sous-jacent, tel que postulé par Bergeret (2010) et ses collègues, de la psychologie psychanalytique contemporaine (Green, 1963, 1968, 2011, 2016 ; Laplanche, 2007 ; Klein, 1921, 1947, 1968 ; Racamier, 1992). Il nous importe de problématiser cette revue de la littérature ; cependant, nous ne serons en mesure d'être exhaustive en ce qui concerne les auteurs et les concepts, nous nous focaliserons donc sur des travaux que nous réemprunterons ensuite dans l'analyse clinique (dans la rencontre clinique et dans les protocoles Rorschach), ainsi que dans l'analyse quantitative des résultats de nos sujets au test. Nous concluons cette proposition de la

métapsychologie des psychoses par les critères, apports au diagnostic différentiel entre la schizophrénie et la schizophrénie paranoïde chez Bergeret (1974, 1996), en nous centrant sur l'échec d'intégration de la position schizoparanoïde impliqué dans la genèse des organisations schizophréniques et schizoparanoïdes (et paranoïaques) chez Klein.

Les auteurs que nous présenterons ainsi que les aspects de leurs conceptualisations seront en lien précis avec la genèse des psychoses dissociées et leurs indicateurs de repérage dans le champ de la psychanalyse.

2.5.1. Mise à l'épreuve du référentiel psychopathologique bergerétien

Bergeret (2010), relie la castration en tant que problématique imaginaire, au fait qu'elle illustrerait « l'origine de la différence des sexes ». Il appelle aux recherches futures : « je pense qu'on est en droit d'attendre encore beaucoup d'investigations psychanalytiques complémentaires dans le domaine d'éventuels **fantasmes primaires** » (*Ibid.*). C'est ce que nous nous proposons de questionner à travers notre *Étude clinique des psychoses dissociées*, cette thèse est notamment un hommage à Jean Bergeret décédé récemment (le 20 juillet 2016) ainsi qu'à son œuvre. La connaissance de Bergeret de l'œuvre freudienne, ainsi que du modèle psychanalytique en général, lui a permis d'aboutir à une classification psychodynamique très maniable et robuste qui ne souffre guère de la mise à l'épreuve du temps (1972-1974), comme l'a mis en évidence Claude De Tychey (1982, 1987, 1989, 2000, 2001, 2012, 2014, 2017) à travers ses nombreux travaux, ou comme l'a montré l'École de Lausanne (1989, 2001, 2017) par le biais des épreuves projectives. Raison pour laquelle nous nous proposons de mettre son modèle à l'épreuve des faits en constituant trois sous-groupes diagnostiques (schizophrénie pure, schizophrénie paranoïde, paranoïa) au sein de notre échantillon, dans le respect de sa proposition classificatoire dans *La personnalité normale et pathologique* (1974,) en référence à la dernière édition, la plus aboutie ([1996] notamment à travers des schémas récapitulatifs) et facilement opérationnalisable qualitativement et quantitativement par rapport aux nosographies psychiatriques. En outre, le parallèle entre le modèle bergerétien et les modèles psychodynamiques anglo-saxons est facilement réalisable et adapté, dans le sens où il aborde une perspective quasi-dimensionnelle, avec des grandes

catégories relativement précises mais suffisamment souples, qui sont les grandes lignées structurelles psychanalytiques psychotiques et névrotiques. Il en résulte, selon nous, qu'en plus de la lignée limite a-structurelle (beaucoup plus évolutive et instable que les deux principales), ce modèle correspond à une classification psychanalytique capable d'endurer la mise à l'épreuve des faits de ses entités nosographiques, toutes situées sur un continuum entre le normal et le pathologique. Bergeret (1974) reprend l'exemple inauguré par Freud du **crystal qui se brise** selon les lignes de clivages préexistantes pour figurer l'organisation structurelle en fonction du développement libidinal ultérieur. Si bien que ce modèle permet aussi d'anticiper les **décompensations psychiques** de tous types (obsessionnelles, schizophréniques, phobiques...), même si la symptomatologie exprimée, parfois bruyante, ne correspond pas au trouble car la structure sous-tend nécessairement six éléments : le type de **relation à l'objet**, les **mécanismes de défense** privilégiés, les **conflits** psychiques en termes topiques, les **instances dominantes** et les **angoisses dominantes**. La différence avec un modèle en termes de processus tient au fait que le modèle bergerétien dégage des marqueurs dominants dans le fonctionnement et dans la facture globale du fonctionnement du sujet pour venir l'inscrire dans l'une ou l'autre des lignées structurelles ; là où les processus s'en tiennent à l'analyse du fonctionnement sans catégoriser. Une telle précision diagnostique (en fonction des six paramètres venant pointer les traces laissées par les phénomènes intrapsychiques) associée à une finesse ainsi qu'à une certaine rigueur d'observation clinique, permettent de dialoguer avec les modèles de classification actuels, dans le but de croiser les recherches avec d'autres sous-disciplines ou avec nos collègues au sein de la clinique psychopathologique française et internationale (par exemple, la grille sur la base du contre-transfert du thérapeute, proposée par Gordon en 2017 et reposant sur le PDM-2) et sont les outils d'une plus grande potentialité de diffusion et d'application de la **psychanalyse en psychiatrie**, puisque l'époque est à l'expertise ainsi qu'aux résultats (Ciccione, 2015). Sans avoir, ni ressentir le besoin de « faire de la contrebande de psychanalyse », comme nous propose de le faire François-David Camps en avançant l'idée selon laquelle nous devrions déguiser notre approche psychanalytique en psychiatrie (afin de pouvoir continuer à l'exercer ?)⁹. En effet, la mobilisation de modèle à l'interface de la psychopathologie clinique

⁹ F.D. Camps utilise ce terme plusieurs fois, dans sa thèse, mais aussi dans ses échanges avec Pinel lors du colloque Rorschach d'automne à Paris V en décembre 2017

psychanalytique et de la psychiatrie internationale (PDM-2 ; DSM-5), au même titre que le modèle de Kernberg (2016), offre l'opportunité d'enrichir et d'injecter la théorie de la sexualité dans la psychiatrie ; comme une revanche d'une époque bleulérienne où cette question soulevait déjà tant d'émotions, notamment autour de ce qui s'est cristallisé sur l'*Autisme* dans la schizophrénie, et le **retrait de la libido sur le moi** postulé par Freud (Correspondance Freud et Bleuler, 2016). Nous rappelons que Bergeret (1972) postule en ce qui concerne les dissociations psychotiques pour ce retrait de la libido sur l'objet interne ; mais revenons aux travaux princeps de Freud.

2.5.2. Destins des pulsions et narcissisme

Dans *Pulsions et destins de pulsions* (1915 [traduction aux éditions Gallimard, 1968]), Freud fait allusion au destin des pulsions (dont il précise à la fois *la poussée, le but, l'objet et la source*) dans les **psychonévroses** dont l'observation lui semblerait féconde ; même s'il l'accorde, difficile à mettre en place : « avec l'extension de la psychanalyse aux autres affections [psycho¹⁰]névrotiques, notre connaissance des pulsions du moi se trouvera assurément fondée » (Freud, 1968, p. 23). Freud (1915) aborde les différents **destins des pulsions** : « le renversement dans le contraire », « le retournement sur la personne propre », « le refoulement », « la sublimation », et il s'attarde particulièrement sur les situations où l'action s'oppose à ce que les pulsions suivent leur voie de façon directe, autrement dit, il théorise les formes de **défenses contre les pulsions**. Deux mécanismes interpellent particulièrement Freud (1915) qui sont le **sadisme** et le **masochisme**. Il écrit : « le masochisme est précisément un sadisme qui se retourne contre le moi propre » (Freud, 1968, p. 25). En effet, ce que Freud appelle le masochisme en passe par la voie du **sadisme originaire** en 1915 « dans la mesure où le **moi passif** reprend, sur le mode fantasmatique, sa **place antérieure**, qui est maintenant cédée au sujet étranger » (*Ibid.*, p. 26). En toute logique, Freud (1915) tente d'élucider le **mystère du sadisme originaire**, et il écrit : « pour concevoir le sadisme, on se heurte également à cette circonstance : cette pulsion semble, à côté de son but original, poursuivre une action commandée par un but [de déplaisir] » et c'est précisément

¹⁰ Nous nous permettons cet ajout dans le sens où à cette période les autres névroses pour Freud sont en autres les psychonévroses de défenses et autres névroses narcissiques...

ce qui laisse le père de la psychanalyse perplexe, car l'idée que « le masochiste jouit lui aussi de la fureur dirigée sur sa propre personne » (*Ibid.*, p. 25), ne correspond pas à son concept de destin des pulsions, qui tendent selon lui (les pulsions), à ce moment-là de son œuvre, au contraire vers le **plaisir**¹¹. Il propose alors une analogie avec la position de passivité et introduit la question des « **pulsions de conservation** ». Le sadisme originaire, selon Freud (1915) consiste en une « **activité de violence** », une manifestation de **PUISSANCE**¹² à l'encontre d'une autre personne prise comme objet ». Freud fait déjà, avant d'écrire l'*Au-delà du principe de plaisir* (1920), la mise en comparaison avec les premiers instants de la vie et la disparition ou la présence de l'objet (non sans nous évoquer le jeu du For-da), il y décrit le jeu du regard, ce couple **voyeuriste-exhibitionniste**, qu'il désigne comme une activité spéciale qui consiste à « regarder », qui est « dirigée vers un objet », permettant au passage la prise de **contrôle dudit objet**. Puis elle entraîne ensuite « l'abandon de l'objet » et « le retournement » du regard « sur une partie du **corps propre** » (*Ibid.*, p. 28). Cette activité est composée d'un troisième temps correspondant à « l'introduction d'un nouveau sujet auquel on se montre pour **être regardé par lui** ». (*Ibid.*, p. 29). C'est précisément ici que Freud (1915) introduit l'idée que dans cette activité puisse se retrouver dans un « **stade antérieur** » correspondant à une « **activité auto-érotique** ». Freud (1915) est dans une phase de questionnement, il écrit :

On pourrait décomposer la vie de toute pulsion en vagues isolées, séparées dans le temps, homogènes à l'intérieur d'une unité donnée de temps et ayant entre elles à peu près le même rapport que des éruptions excessives de lave. (Ibid., p.30)

Il évoque une première **vague originaire** suivie d'une seconde, « **soumise** », autrement dit, la première dès le début subit une modification qui consiste en « le retournement en passivité ». Freud (1915) conclut que la « **succession de vagues** » détermine le **niveau de développement** de la **pulsion**. Le point névralgique se situe pour lui dans la

¹¹ « Le principe de plaisir-déplaisir, qui règle le rapport de la psyché aux pulsions, désigne la tendance de l'appareil psychique à retenir ce qui est source de plaisir et à éviter, autant qu'il est possible, ce qui est source de déplaisir, ou encore à évacuer les expériences de déplaisir » (Brun & Chouvier, 2013, p. 1) Les auteurs, dans l'ouvrage *La sexualité infantile*, décrivent précisément les deux modèles freudiens de la théorie du narcissisme avec l'idée, dans le second modèle, que la quantité d'excitation ne s'effectue plus en absolu mais par rapport à un seuil. « Ce second modèle intègre l'existence d'une limite, la castration » (*Ibid.*, p. 2).

¹² C'est nous qui le soulignons ici en l'inscrivant en lettres majuscules

question de l'ambivalence et il attire notre attention sur le fait qu'une « **forte ambivalence pulsionnelle** » chez un individu doit être conçue comme un **héritage archaïque**. Il s'agit là, selon Freud (1915), de la part des motions actives **non transformées** qui tenaient une part bien plus importante en des **temps originaires**. C'est ce qu'il définit en cette période comme **le narcissisme** et met en lumière lors de cette étape de développement le moment où la **pulsion de regarder** et où le plaisir associé s'opère dans le **regard posé** sur le **corps propre**. Selon Freud (1915), **le corps propre appartient au narcissisme**. Ces manifestations des pulsions sexuelles (sadisme-masochisme, voyeurisme-exhibitionnisme, position passive-active) sont **auto-érotiques** dans le sens où « leur objet s'efface au profit de l'organe qui lui est source ». Cette ambivalence sous-tendant à priori aussi les sentiments de **haine** et d'**amour** (quand l'objet est total dans une phase ultérieure). C'est en cet endroit que Freud (1968, p. 35) met en opposition « **le moi - non moi** » (extérieur [sujet-objet]), imposé très tôt à « **l'être individuel** » et nous remarquons qu'il questionne déjà légèrement en filigrane le principe de **plaisir** et de **déplaisir**.

Comme André Green (1983, 2007, 2016) l'a souligné dans *Narcissisme de vie et narcissisme de mort*, Freud a proposé deux théories des pulsions et nous le verrons, il s'en accommode et s'en dégage. Nous venons d'exposer partiellement la théorie intermédiaire et pourtant non des moindres (entre celle de 1905 et celle de 1920 et 1921), où Freud considère la pulsion d'**auto-conservation** en tant qu'objet « **apporté du monde extérieur au moi** », et la définit comme « le sens originare de la **haine** ». Freud va même jusqu'à écrire que nous pourrions dire « d'une pulsion, qu'elle **aime** l'objet vers lequel elle tend pour sa **satisfaction** » ; alors qu'en revanche, il se refuse d'écrire que la pulsion **hait** l'objet vers lequel elle tend.... Alors il postule le fait qu'il faudrait seulement conserver le terme aimer pour les relations du « **moi - total** à l'objet [de même pour la haine] » car « on ne dit pas » des objets desquels on attend quelque chose « qu'on les aime mais on insiste sur le fait qu'ils sont un **besoin** ». (*Ibid.*)

Le Moi hait, déteste, poursuit avec l'intention de détruire qui sont pour lui des sources de sensations de déplaisir, qu'ils signifient une frustration de sensations de satisfaction sexuelle ou de la satisfaction des besoins de conservation. On peut même soutenir que les prototypes véritables de la relation de la haine ne proviennent pas de la vie sexuelle mais de la lutte du moi pour sa conservation et son affirmation. (Ibid., p.40)

Et si la lutte pour sa conservation était issue de la vie sexuelle ? Bergeret (2010) va nous permettre de pousser plus loin le raisonnement qui se profile dans le prochain point. Séance tenante, il n'en résulte pas moins que dans ce même passage, Freud (1915) introduit le concept d'**incorporation** et d'**excorporation** (qu'il tient de Ferenczi qui a théorisé ces notions suite à leur visite à la voyante Fraü Seidler ainsi qu'à ses étranges révélations à leur retour du voyage à New-York avec Jung [qui rejoint la Suisse pendant ce temps] en 1910) avec l'idée que le premier **destin de l'ambivalence**, au stade **originaire**, c'est de « **dévor**er » ou « **d'incorporer** » un type d'amour, une phase de développement libidinal compatible avec l'**inexistence de l'objet** avec la « suppression de son individualité [l'objet] » au passage. Au stade suivant, **sadique anal**, l'objet est contrôlé donc nécessaire à cause des pulsions d'emprise. Finalement, Freud nous indique que ce n'est qu'avec l'établissement de l'**organisation génitale** que l'amour se trouve opposé à la haine mais surtout que « **la haine est antérieure à l'amour** ». La haine dans cette conception du narcissisme provient « du **refus primordial** que le **moi narcissique** oppose au **monde extérieur**, prodiguant les **excitations** » (Ibid., p. 42). La question du complexe de castration est déjà sous-jacente dans le texte de 1915a, comme le fait remarquer Bergeret (2010).

2.5.3. La théorie des pulsions selon Jean Bergeret

Bergeret (1984 [éditions Dunod, 2010]) a focalisé ses dernières recherches sur la question de *La violence fondamentale* dont un sous-chapitre est notamment intitulé *La pulsion de mort chez Freud* (Ibid., p. 184). Bergeret (2010), suite à la lecture du texte freudien de 1915, que nous venons de détailler, met en exergue des notions importantes, il débute son œuvre en questionnant l'étymologie du mot **violence** (du grec ancien *violo* dont la traduction signifie *qui a donné naissance*). Il qualifie la violence qu'il questionne de « **fondamentale** » car il considère qu'elle touche « aux **fondations** de notre culture » (Ibid., p. 4).

Notons [enfin] qu'une telle violence est citée dans l'Iliade comme attribut de personnages mythiques ayant eu des combats vitaux à livrer, tels Héraklès ou Étéode (le propre fils d'Édipe) (Bergeret, 2010, p.5)

Bergeret (2010) clôture l'introduction de son ouvrage par l'analyse d'une phrase célèbre de Diderot où le philosophe évoque « le petit sauvage » qui « tordrait le cou à son père et coucherait avec sa mère » s'il était abandonné à lui-même, sans éducation. Bergeret

(2010) très attentif aux écrits de Freud analyse « l'affaire Shakespeare », puisqu'il n'est certainement pas nécessaire de le rappeler, Freud (1938) a une fois de plus réfuté l'auteur comme *le Père* des œuvres qui portent son nom. Bergeret (2010) fait état de *sa découverte* et des lignes conductrices de sa pensée qu'il problématise et déploie dans la *Violence fondamentale* (2010) :

*Freud considère très clairement l'enfant comme un « petit sauvage » qui, sans l'induction oedipienne parentale, ne parviendrait pas à intégrer sa **violence initiale** au sein d'une **pulsion libidinale** conduisant à une vectorisation effectivement réalisée sous le primat du génital. ... il s'agit de tordre le cou au père et de coucher avec la mère. Il y a **relation de coordination** et non de subordination. Cette **distinction me paraît capitale** et se verra rappelée tout au long de mon raisonnement. (Ibid.)*

Pour accepter cette proposition, il faut néanmoins faire fi de toute la seconde théorisation freudienne sur le masochisme, et notamment de son texte de 1923, qui retourne la question dans l'autre sens venant poser le masochisme fondamental comme une primauté. Le point de désaccord avec Green (1983) et peut-être avec Laplanche (2007) nous semble tenir en ce point et en ce sens où le principe d'inertie ou de constance n'est pas pris en compte dans cette conceptualisation au sens de castration originaire. La castration originaire et la différence des sexes, il est vrai, sont questionnées différemment dans les travaux de Bergeret (2010).

2.5.4. La violence et la mort

C'est à l'occasion de la publication d'*Au-delà du principe de plaisir* que Freud, en 1920, présente une deuxième théorie des pulsions avec beaucoup de précautions car il écrit « qu'il ne peut prétendre à la même certitude que les deux premières » (Freud 1920, cité par Bergeret, 2010, p. 93). En 1923, Freud oppose le **primat du phallus** au **primat du génital**, comme le rappelle Bergeret (2010), il théorise aussi la **pulsion de mort** et insiste sur les propos que nous avons relevés chez Freud (1915) en amont, selon lesquels : « **la haine précède l'amour** ». Néanmoins, comme le remarque Bergeret (2010), Freud (1923), même s'il la nomme Thanatos, a encore quelques difficultés à repérer « les **racines** de la pulsion de mort » (Bergeret, 2010, p. 94). À partir de sa lecture du texte de 1923 sur le *Moi et le Ça*, Bergeret (2010, p. 94) écrit :

*Il y est question de l'articulation existant entre le **complexe d'Oedipe** (génital) et les **tendances biologiques fondamentales** avec toutes les conséquences que rappelle Freud dans l'élaboration d'institutions sociales, éthiques ou religieuses. (Ibid.)*

Bergeret (2010) dans ce passage propose la mise en tension de ses questionnements sur l'historicité de « **l'angoisse originaire** » et rappelle à notre mémoire les travaux d'Otto Rank sur le *traumatisme de la naissance*. Il tire la conclusion selon laquelle l'angoisse originaire ne peut trouver sa **source** que dans la **séparation avec la mère**. Ce qui l'intrigue également, c'est qu'à la fin d'*Addendum*, Freud évoque des « *angoisses énigmatiques de la petite enfance* » (in Bergeret, 2010, p. 96). L'angoisse de castration oedipienne serait secondaire... Il repose la question d'un « **héritage archaïque** » déjà évoquée dans *Totem et tabou* (1913) car il repère une « **haine féroce** » chez les névrosés qu'il traite en cure, alors il évoque « la possibilité d'un héritage archaïque » de l'être humain à nouveau entre 1934 et 1936 (Bergeret, 2010, p. 98). Bergeret (2010) nous renseigne jusqu'à son nom repéré dans le texte : « le **danger phylogénétique** » et nous enseigne qu'il pèse sur le **narcissisme du nouveau-né**. En d'autres termes, chez Bergeret la pulsion de mort reste philosophique et hypothétique tandis que la question de la violence fondamentale est bien une question métapsychologique puisque contingente à la constitution du narcissisme.

2.6. La notion de « *fantasmes primaires* » chez Jean Bergeret

La « **langue fondamentale** » tient à quelque chose de l'ordre d'une « divinité inconsciente » humaine la plus primitive selon Bergeret (2010, p. 101) qui tente de comprendre, à partir du tableau clinique de Schreber, le rôle de la **régression onto-génétique** et recherche ce qui revient à la part « d'ontogénétique et de phylogénétique chez les individus ». Bergeret (2010) le souligne, à raison, Freud (1911) dans le cas Schreber met à jour finalement le besoin des sujets soumis à des troubles mentaux de se « **défendre contre une sexualisation** de leurs investissements instinctuels sociaux » et il relie ces points de faiblesses qu'il retrouve par ailleurs chez les sujets « normaux » de façon moins évidente, quelques points faibles relatifs à leur évolution en lien direct avec le « **narcissisme primitif** ». Si bien que Bergeret (2010) nous invite à poursuivre les recherches sur cette « **prédisposition pathogène** ».

La « langue fondamentale », chez Bergeret (2010), ce n'est « *ni amour ni haine* », c'est seulement une « **impossibilité à survivre à deux** en même temps » (*Ibid.*). « On peut se demander si ce narcissisme n'évoquerait pas un état premier antérieur et étranger à l'**auto-érotisme** en rapport avec « l'assassinat d'âme », **fantasme violent fondamental** pour lequel Freud a des difficultés à déterminer le sens. (Bergeret, 2010, p.103)

Le « **narcissisme primitif** », renvoie à une **fondamentale rivalité**, c'est la loi de « lui ou moi ». Rivalité qui récupérerait à son profit les « inscriptions libidinales » dans le cas de son évolution psychotique, suite à l'échec du processus essentiel que décrit Bergeret (2010, p. 3) :

→ Auto-érotique-narcissique-homosexuel

Ce « mouvement dynamique échoué » de la « langue fondamentale » où il est impossible de survivre à deux sous peine d'**assassinat de l'âme**, pourrait correspondre selon l'hypothèse de Bergeret (2010), à un « **premier traumatisme de menace** », en écho à l'imaginaire de l'enfant, résonnant comme la lutte pour le « **droit à la vie** » !

La langue fondamentale, c'est aussi le **fantasme fondamental**, et il contient la quantité de **violence primaire** ressentie lors de l'excitation par l'objet. Bergeret (2010) s'interroge sur les raisons qui ont poussé Freud à redire que les « fantasmes originaux » sont d'origine **phylogénétique** alors qu'il évitait les propos pouvant être interprétés par amalgames à une problématique philosophique. Bergeret (2010) propose que les « **fantasmes originaires** » **identifiables dans les rêves** puissent correspondre aux « formations symptomatiques portant sur le secret des origines du sujet », avant la naissance en elle-même...

*Mais les véritables fantasmes primitifs n'apparaissent jamais comme tels en surface et ils ne correspondent pas à des scènes réellement vécues par le sujet bien qu'ils soient présents chez tous les êtres humains, comblant à l'aide de la **vérité préhistorique** les lacunes de la vérité individuelle.* (Bergeret, 2010, p.106)

Réflexion et ouverture eu égard au passage *freudien – bergerétien* en termes de « *fantasmes fondamentaux* »

La question de l'**ambivalence**, évoquée au début de ce sous-chapitre, nous indique que Freud (1913) interroge les tabous chez « les primitifs » et cela implique de penser les représentations animistes comme les **fantasmes des patients obsessionnels**. Bergeret (2010, p. 127) fait retour sur le sentiment de Freud à l'égard de sa mère, il indique que *le Père* de la psychanalyse confie à Ernst Jones se sentir « **délivré** » de son décès [« le terme est revenu curieusement à plusieurs reprises au cours de la correspondance »], et insiste implicitement, sur la réactivation d'une « **lutte pour la vie** » (Bergeret, 2010, p.129). C'est en cela que Bergeret (2010) nous oriente vers une problématisation de la « **violence archaïque mal intégrée libidinalement** » chez chaque individu. Partant de là, **le déni de la réalité** pourrait venir opérer une « **défense contre cette menace** analogue à la défense opérée par le refoulement devant le danger exercé par les pressions du Ça » dans les névroses (Bergeret, 2010, p. 136). Le postulat central de Bergeret (2010) réside dans la question qu'une forme de « violence primitive [antérieure à la castration symboligène] », n'ayant pas atteint « l'aristocratie œdipienne du primat de l'organisation libidinale du psychisme » **a empêché Freud de proposer une théorie normalo-adaptative des psychoses**¹³. Que de la psychose, en quelque sorte, émerge les « problèmes d'**infanticide** et de **matricide** qui ramènent à la mère, à la femme ». Partant de ce problème que soient observés et posés les mécanismes de défense sollicités, tels que les clivages, les dénis et les projections est une nécessité. Mécanismes qui ne sont en définitive que la face immergée du volcan duquel ne se donne à voir *de ses éruptions*¹⁴ que la superficie, éruptions issues de l'**imaginaire primaire** et trop violentes pour être dévoilées sans en perturber le champ relationnel objectal.

¹³ Fait aussi réponse aux critiques autour d'une théorie de « l'idéalisation du névrotico-normal » freudien et bergerétien.

¹⁴ Tel que mentionné par Freud en 1915, comme nous l'avons souligné précédemment, il évoque des « éruptions de laves ».

2.7. Attaques de la pensée, destruction des liens et « pans-em-ents » psychotiques

Ainsi, semble se cristalliser, tout autour de l'apparente froideur et de l'inquiétante étrangeté de la mort et du vécu de mort éprouvé, dirons-nous en écho aux propos de Bergeret (2010), *le spectre de la folie...* Bergeret (2010) nous indique que chez les psychotiques, la violence archaïque en rebond au risque de mort envahit tout le fonctionnement psychique du sujet à travers des fantasmes originaires. Comme Freud l'avait pressenti dans les textes regroupés en 1919 sur le traitement de la mort dans les cultures archaïques. Paul-Claude Racamier (1992) évoque la question du « fantôme schizophrène » dans le *Génie des origines*, nous y revenons, après la présentation des travaux de Wilfried Bion, de Jean Laplanche, d'Harold Searles, d'André Green, tous connus pour leur expérience des psychoses schizophréniques. André Green (1983), dans *Narcissisme de vie et Narcissisme de mort*, focalise son intérêt autour de l'antagonisme *Eros* et *Thanatos*, quand Wilfried Bion (1887-1979) - comme indiqué dans l'ouvrage *La vie et l'œuvre de Bion* [1990]) enseigné par Bléandou - nous transmet les facteurs de la décompensation psychotique comme réunissant nécessairement **quatre traits** essentiels :

- Une forte prédominance des **pulsions destructrices**, de sorte qu'elles se répandent en pulsions amoureuses et les transforment en sadisme ;
- L'existence d'une **haine des réalités** internes et externes, ainsi que de tout ce qui permet d'en prendre conscience ;
- Une **Crainte d'anéantissement** immédiat ;
- Des relations d'objet ayant pour caractère pathognomonique la **prématurité**, la minceur et la ténacité.

Elles reflètent le conflit, à l'issue toujours incertaine, entre ce que Bléandou (1990, p. 110) désigne comme les « pulsions de vie et pulsions de mort » (nous ne prendrions pas le risque nous-même de les nommer à cause de leur nature controversée). Ce qui se rapproche selon nous d'un **conflit d'ambivalence** entre ces forces pulsionnelles, tel que décrit dans *l'Ambivalence des sentiments par Freud* (1913) quand il évoque l'animisme, ou par Mélanie Klein (1921) lorsqu'elle amène la position schizo-paranoïde.

Concernant les attaques de ces forces pulsionnelles, l'article *Attack on linking* (paru dans *International journal of psycho-analysis*) de Bion (1967) inaugure les **attaques destructrices** que le patient dirige « **contre tout** ce qui a fonction, selon lui, de lier un objet à un autre objet » (Bion, 1967, trad. fr. PUF 1982, p. 105).

Je considérerai que les attaques fantasmatiques dirigées contre le sein sont le prototype de toutes les attaques dirigées contre les objets qui servent de lien et que l'identification projective est le mécanisme employé par la psyché pour se débarrasser des fragments du moi qui sont le produit de sa destructivité (Bion, 1982, p. 1905)

Bion (1967, trad. fr. 1982) part du fait que les attaques contre les liens s'observent entre l'analyste et son patient dans le sens où par essence un lien est appelé à être établi entre eux. Ce lien est « au départ de la relation créatrice » et nous devrions être en mesure « d'apercevoir les attaques qui sont portées contre elle » selon Bion (*Ibid.*, p.106). Il invite le lecteur à distinguer la « **partie psychotique** » de la « **partie non-psychotique** » de la personnalité par le biais de l'observance des liens à la réalité.

Selon Bion (1968, 1982), la thématique dominante dans la schizophrénie tient à la **destruction du lien** (pouvant aller jusqu'aux coupures du langage par bégaiement pour ne pas parler) et il donne du sens au fait que l'activité de rêverie dans la schizophrénie est pathologiquement abrasée, c'est-à-dire que les « rêves se composent de matériel tellement **fragmenté** qu'ils sont dépourvus de toute composante visuelle ». (Bion, 1982, p. 111) La méthode de communication est médiatisée par l'identification projective et ce n'est pas directement contre l'objet que le schizophrène porte des attaques, mais « contre l'**identification projective** » elle-même. (Bion, 1982, p.112)

L'originalité de Bion est certainement de mettre en évidence la « formation d'un **objet hostile** persécuteur » et dont l'hostilité « joue un rôle considérable dans l'apparition chez le patient de mécanismes psychotiques dominants » (*Ibid.*, p.113). Comme l'indique Bléandou (1990), Bion a « compris l'excès d'**identification projective** dans la schizophrénie, visant non seulement l'objet, mais aussi « l'appareil psychique », mis en éveil par les exigences du principe de réalité », si bien que « Bion a construit une théorie pour expliquer comment le psychisme devient schizophrénique » (Bléandou, 1990, p.111). Ces éléments permettent à Bion (1967, 1983), d'introduire la qualité d'un « **surmoi primitif**, meurtrier même » formé à

partir de la somme « des **agglomérations d'objets persécuteurs** ». (Bion, trad. fr. PUF 1983, p.114)

C'est à partir de la position paranoïde-schizoïde esquissée par Mélanie Klein que Bion extrait l'idée de **fantasmes sadiques** que le nourrisson dirige **contre le sein** et c'est là où « les attaques contre les liens trouvent leur origine » (1983). Il insiste sur le fait que cette période est dominée par des relations d'**objet partiels** (Bion, trad. PUF, 1983, p. 114), les expressions « il semble » (« it seems ») des patients ont à voir selon lui, avec la perturbation engendrée par le (mauvais) traitement des objets (partiels) et de parties de la psyché non reconnues. Bion (1967, 1983) nous rappelle que « la relation d'objet partiel ne s'instaure pas seulement avec une anatomie mais avec une physiologie, non seulement avec le sein mais avec l'acte de se nourrir, d'empoisonner, d'aimer et de haïr. » (*Ibid.*, p. 115)

Bion (1967, 1983) justifie le choix sémantique du « lien » et indique souhaiter examiner « la relation du patient à une **fonction plutôt qu'avec l'objet** », certainement en raison du fait, ainsi qu'il l'a introduit précédemment, que l'objet total n'existe pas et n'est donc pas reconnu. Il reconnaît la phase d'introjection, comme une phase naturelle du développement mais insiste sur les effets délétères **des clivages** et de l'identification projective (normale aussi jusqu'à un certain point) dans l'apparition des troubles de la personnalité psychotique. L'identification projective et l'introjection ne fournissent pas moins « les bases sur lesquelles repose le développement normal » selon lui (*Ibid.*, p. 116).

Il en déduit que le bébé qui deviendra schizophrène mène des attaques identiques contre son « **appareil à perception** ». Ce futur patient, encore bébé, parvient à **découper** une partie de sa personnalité et à la **cliver en tous petits fragments** pour finir par expulser ces fragments **en dehors** de lui.

Lorsque le patient s'efforçait de se débarrasser d'une peur de mourir qu'il ressentait comme trop intense pour être contenue par sa personnalité, il clivait ses sentiments de peur et les mettait en moi, avec l'idée me semble-t-il que s'il leur était permis d'y séjourner un certain temps, ils seraient modifiés par ma psyché de manière à pouvoir être réintrojetés en toute sécurité. (Ibid., p. 116)

En se débarrassant de « l'appareil permettant d'appréhender les réalités » internes et externes, le patient atteint un **état** qui n'est ressenti « **ni comme vivant, ni comme mort** ».

Mais dans la cure, Bion (1967, 1983) remarque que le patient ressent des phases accrues en émotions dont l'origine lui semblait tenir à « son refus d'accepter des parties de sa personnalité » (*Ibid.*, p. 117). Bion (1967, 1983) écrit : « plus ses fantasmes d'identification projective étaient violents, plus il avait peur de moi. » (*Ibid.*)

Ainsi, si le mécanisme d'identification projective « constitue le lien qui unit le patient et l'analyste, ou le **petit enfant et le sein** », les attaques de ce lien seront massives et tendront vers la destruction. Les **attaques contre les liens** n'étant rien d'autre, à l'origine, que des **attaques contre la mère** et contre sa sérénité pouvant surgir abondamment dans le cadre comme les acting out et autres « mises en œuvre du patient ».

Les fonctions de penser de l'analyste permettent au patient de trouver un contenant au-dedans de sa personnalité et, grâce à l'identification projective, le patient peut explorer ses propres sentiments. Mais ce n'est que lors de la période dite *épistémologique* de Bion, qu'il théoriserait la **fonction alpha** et les **éléments bêta**.

2.8. Résumé des apports de Bion dans la compréhension de la schizophrénie

Selon Bion (1967), la psyché contient un **objet interne** qui « détruit tous les liens » car les émotions, non « pensables » sont sources de **haine**, ressenties comme trop intenses pour être contenues par la psyché. Plutôt que de l'apaiser, l'objet interne (sein externe à l'origine) vers qui sont dirigées les attaques (par identification projective), les amplifie (au lieu de les apaiser). Ces attaques contre la fonction de liaison de l'émotion conduisent dans la partie psychotique de la personnalité à une « surabondance de **liens insupportables au plan émotionnel** » (bien que logiques) et sont la sombre conséquence des liens survivants « pervers, cruels et stériles ».

2.9. L'analyse transférentielle dans le champ des psychoses schizophréniques

Bion, dans le texte *Le développement de la pensée schizophrénique* (1967, trad. fr., PUF, 1982) définit le transfert dans la relation à l'analyste du patient schizophrène comme « prématurée, précipitée et marquée par une dépendance intense » et si le patient prend le

risque de l'élargir, sous la pression des motions pulsionnelles, « deux courants simultanés de phénomènes se font jour » selon Bion (*Ibid.*, p. 45). En premier lieu, l'analyste est **pris pour un objet** dans les **processus identificatoires** et en second lieu le transfert est teinté d'**anonymat**.

En parallèle de Bion, Harold Searles (1918-2015) mène ses recherches sur la schizophrénie. Il est aussi un représentant de la clinique de *Chesnut Lodge*, affiliée aux travaux de l'École de psychanalyse hongroise de Ferenczi. Searles a beaucoup contribué aux travaux visant la compréhension des processus schizophréniques dans la deuxième moitié du XXème siècle. Searles (1959), dans le texte *l'Effort pour rendre l'autre fou*, formule l'hypothèse en appui aux travaux de Johnson (1956) que certains modes d'interactions rencontrés dans la cure analytique des patients schizophrènes pourraient illustrer des modes d'interaction princeps, vécues par l'enfant. Searles (1959, version française chez Gallimard [retenue pour la citation] 1965) écrit :

L'instauration de toute interaction interpersonnelle qui tend à favoriser un conflit affectif chez l'autre – qui tend à faire agir les unes contre les autres différentes aires de sa personnalité – tend à le rendre fou (c'est-à-dire schizophrène. (Ibid., p. 255)

Searles (1959) décrit à travers différentes vignettes cliniques la sensation du thérapeute de « devenir fou » lui-même lors de ces interactions avec les patients (ce que Freud décrivait comme l'inquiétante étrangeté certainement...) : « Je savais que ma réaction à ces deux niveaux sans rapport l'un avec l'autre avait une base réelle, mais il me fallait faire un tel effort que j'avais l'impression, je le répète, de perdre la raison ». (*Ibid.*) Il met en lien des enfants avec des bases d'attachement insécures pour qui se seraient répétés ces modes interactionnels et dont le Moi, démesurément fragile n'aurait pas supporté les conflits générés (entre la réalité et le désir de fusionner avec le parent). Selon Searles (1959), nous touchons ici au « problème de la lutte, entre l'enfant et le parent ou entre le patient et le thérapeute, pour se rendre mutuellement fous » car il constate aussi que l'unité du Moi des parents souffre également de ces interactions qu'ils ont pourtant inaugurées. Searles (1959) réalise le lien devant lequel Freud a peut-être hésité, et écrit :

*Le sujet que je traite ici n'est pas sans rapport avec un tout autre domaine de l'activité humaine, celui de la **politique internationale** et de **la guerre**. Je fais allusion au lavage de cerveau et autres techniques du même genre. En lisant le livre fort intéressant que*

Meerloo a récemment écrit sur la question, *Le Viol de l'esprit*¹⁵, (1956) j'ai souvent été frappé par les nombreuses analogies entre les techniques de lavage de cerveau qu'il décrit – conscientes et délibérées – et les techniques inconscientes (ou largement inconscientes) que l'on découvre à l'œuvre dans l'expérience présente et passée des schizophrènes, techniques qui visent à entraver le développement du moi et à saper son fonctionnement (...) dans la vie de l'enfant qui deviendra schizophrène, le retour régulier de **comportements du parent qui soumettent l'intégration à un travail d'érosion** empêche que l'enfant se tourne vers d'autres personnes susceptibles de valider ses propres réactions affectives et de l'assurer contre la crainte que le parent a fait naître en lui : **la crainte qu'il ne soit « fou »** puisque ses réactions au parent sont si « irrationnelles ». (*Ibid.*, p. 263)

Selon Searles (1959), ce processus d'aliénation est l'équivalent du meurtre physique dans le psychisme. Ce meurtre psychique peut représenter, selon l'auteur, « une tentative de destruction de l'autre » qu'il n'hésite pas à qualifier de « cruauté mentale » (*Ibid.*, p. 264). En outre, il n'est pas rare que les parents d'un enfant psychotique et hospitalisé depuis longtemps « laissent courir le bruit que l'enfant est mort », encore moins rare que les membres de la famille vivant encore à la maison « évitent de faire allusion au patient devant leurs amis et leurs relations », et évitent de consulter ou d'informer celui-ci des problèmes familiaux, presque comme s'il était « disparu ». (*Ibid.*)

La thématique de **la mort**, comme elle ressort dans les écrits de Freud sur *l'Ambivalence des sentiments* dans *Totem et tabou*, est au centre des théorisations de nos contemporains, comme nous le rappelons par le biais de Michel Foucault évoqué en début de section. Il nous semble donc intéressant de poursuivre cette initiation en terrains funestes.

Searles (1959), après l'analyse approfondie évoque le « **souhait de psychose** », qu'il tient entièrement analogue aux « souhaits de mort ». C'est notamment en travaillant avec des patients qui, avant de tomber eux-mêmes malades, avaient connu l'hospitalisation d'un parent pour maladie psychotique, qu'il s'est aperçu que les patients se sentaient coupables de « souhaits de psychose » refoulés, absolument identiques aux « souhaits de mort » qui engendrent la culpabilité chez les personnes ayant perdu un parent haï. Il conclut sur le fait que les « patients qui se sentent ainsi coupables de "souhaits de psychose" donnent

¹⁵ C'est nous qui le soulignons pour le distinguer de l'italique puisqu'il s'agit du titre de l'ouvrage de Merloo cité par Searles

l'impression de sentir qu'ils ont été autrefois les gagnants dans **la lutte** avec le parent ». Searles (1959), lorsqu'il évoque « cette lutte », invoque ce moment « où chacun s'efforçait de rendre l'autre fou ». Selon lui, l'apparition, ensuite, de leur propre psychose « semble être partiellement attribuable à la culpabilité et à la crainte de la revanche du parent, issues de cet **ancien duel** ». (*Ibid.*, p. 268)

Il évoque ainsi également un duel archaïque et meurtrier, qui n'est pas sans nous rappeler le **dédoublement** évoqué par Freud en 1913 de façon mystérieuse. Laplanche (1970) théorise un traumatisme primaire à dépasser.

2.10. Eros et Thanatos, le duo infernal selon André Green

André Green nous a laissé une œuvre qui ne demande encore qu'à révéler ses trésors. Son travail sur le narcissisme et sur *Le travail du négatif*, publié en 1993 et en 2011 aux Éditions de minuit, n'a cessé d'inspirer les chercheurs en psychologie clinique. Green a posé des questions essentielles et des pistes d'ouvertures de recherche en clinique à venir passionnantes. Nous y reviendrons lors de l'analyse Rorschach, car nous avons nous-même été interpellée par la richesse de ce concept et de son observation au Rorschach (notamment aux planches où se distingue la différence "symbolique" des symbolisations de la sexualité, pl. IV, VI, VII et IX). En outre, Pascal Roman (1991, 2004, 2007, 2017) a mis en évidence les catastrophes de la symbolisation et les processus qui les sous-tendent au Rorschach.

2.10.1. Les effets de la pulsion de destruction et l'hallucination négative

C'est en précisant un travail sur le négatif, que Green (1983, 2011) tend à se dégager des contraintes imposées par les différentes théories des pulsions. Dans *Narcissisme de vie et Narcissisme de mort* en 1983, il prend déjà la sage posture de se décaler des injonctions paradoxales émises par les théories freudiennes successives très disparates. Green (1983, p. 38) écrit :

Je me suis attaché à défendre l'idée que l'on ne peut pas valablement accepter la deuxième topique en faisant l'économie de la dernière théorie des pulsions. Il m'est impossible de développer ici ce point important. En outre, il me semble que la cohérence

théorique comme l'expérience clinique nous permettent de postuler l'existence d'un **narcissisme négatif, double sombre de l'Eros unitaire** du narcissisme positif, tout investissement d'objet, comme du Moi impliquant son double inversé qui vise à un retour régressif au point zéro. P. Castoriadis-Aulagnier (1975) confirme cette opinion. **Ce narcissisme négatif me paraît différent du masochisme**, malgré les remarques de nombreux auteurs. La différence est que le masochisme, fût-il originaire,¹⁶ est un état douloureux visant à la douleur et à son entretien comme seule forme d'existence, de vie, de sensibilités possibles. À l'inverse, **le narcissisme négatif va vers l'inexistence, l'anesthésie, le vide, le blanc** [de l'anglais « blank », qui se traduit par la catégorie du neutre] que le blanc investisse l'affect (l'indifférence), la représentation (l'hallucination négative) ou la pensée (psychose blanche). (Green, 1983, p. 38)

Green (1983) fait allégeance, en quelque sorte, aux deux modèles du narcissisme (mais privilégie celui de 1915 *Pulsion et destin des pulsions*), afin de se décaler et de créer le sien ; car si le lien entre la conservation et la libido narcissique va de soi, il lui semble aussi que la redistribution des valeurs pulsionnelles de la dernière théorie des pulsions obéit malgré tout à la logique freudienne par le renversement dialectique à l'introduction de la pulsion de mort dans *Au-delà du principe de plaisir*, et par le retour du **principe d'inertie** de l'*Esquisse* sous la forme du **principe de Nirvana** postulé par Barbara Low, que le « Moi immortel » change de but : « l'exaltation de vivre conduit à l'apaisement de mourir » selon Green (1983, p. 53). En résulte « un Moi thanatophilique, à demi amoureux de la mort ». (*Ibid.*) Nous pensons pouvoir faire le lien ici avec le dédoublement archaïque évoqué par Freud (1919) dans le texte de *L'inquiétante étrangeté*, dont l'image qui se profile ensuite de ce double est celle de la mort.

C'est dans les images du rêve que Green (1983) fouille et trouve des pistes de travail. Il écrit :

(...) **le narcissisme du rêve est le narcissisme du rêveur** ; c'est lui qui est immanquablement le **personnage principal** du rêve, celui-ci étant toujours en quelque sorte à la gloire – et les rêves auto-punitifs ou les cauchemars n'infirmement pas ce point de vue – du rêveur. Tandis que le narcissisme du sommeil dépasse pour ainsi dire les désirs du rêveur, porte le mouvement du rêve et s'y dérobe dans une **région hors d'atteinte où le rêveur lui-**

¹⁶ Nous ne l'avons pas évoqué mais en 1931 Freud revient sur l'idée d'un sadisme originaire au profit d'un masochisme princeps.

même s'évanouit. Lorsque, dans un rêve, figure une personne méconnaissable ou un visage inconnu, ou dont les traits ne peuvent même pas être appréhendés, il s'agit du rêveur ou de sa mère. Nous aurons à revenir là-dessus. Ce visage blanc qui n'est présent qu'en son cerne, ou qui n'est marqué que par sa place, c'est peut-être le fil qui nous guidera dans la construction de cette théorisation laissée en suspens par Freud. (Green, 1983, p. 84)

Ainsi, à partir de ces lignes, Green (1983) inaugure le concept « d'hallucination négative », sur la base des principes d'inertie et de constance, initiaux, proposés par Freud dans l'*Esquisse*. Le principe d'inertie - et non celui de constance - est le premier à être énoncé par Freud comme la « tendance originelle » du système neuronique à l'inertie et à « l'abaissement du niveau de **tension à zéro** ». Tendance originelle qui est, pour Freud, la fonction primaire dont le but est de maintenir le système en **état de non-excitation**. C'est à la secondarisation, commandée par la nécessité de maintenir un **minimum d'investissement**, qu'obéit la **constance**.

Green (1983) nous avertit, nous pouvons être amenés à prendre pour équivalents la levée d'une tension avec le retour au calme apporté par la satisfaction d'une pulsion dont l'insatisfaction était génératrice de déplaisir, ou avec l'état d'absolue élimination de la tension du modèle initial, qui faisait de l'inexcitabilité. Cependant la différence « est sensible au premier coup d'œil », entre l'inertie et le calme, comme « entre la nuit et l'obscurité » d'après Green (1983). Ce report est, selon lui, « d'autant plus significatif » que Freud transposera les rapports **principe de constance / principe de plaisir** « dans les termes d'une relation entre un modèle théorique abstrait et son illustration concrète en paraissant oublier que la relativité qu'il invoque pour la situation de plaisir, il l'avait préalablement appliquée » notamment à travers son concept de maintien de l'excitation à un **niveau constant** devant l'excitation totale des stimuli vers laquelle tendrait le **principe d'inertie**. Green relie et propose de faire coïncider « ce recul apparent » du *père de* la psychanalyse avec « l'entrée en jeu de la pulsion de mort » car certains indices montrent bien que « cette relégation au second plan du principe d'inertie est indécis ». Au dernier chapitre d'*Au-delà du principe de plaisir*, comme Green (1983) le rappelle, Freud (1920) écrit

*La tendance dominante de la vie psychique et peut-être de la vie nerveuse en général, est l'effort pour réduire, maintenir constante ou **supprimer la tension interne** produite par les stimuli – une tendance qui trouve son expression dans le principe de plaisir ; et la*

reconnaissance de ce fait est l'une de nos plus fortes raisons de croire en l'existence de pulsions de mort. (Freud 1920, cité par Green, 1983, p. 88).

Green (1983) a le mérite de relever cette remarque importante et y voit « les choses rétablies dans l'ordre : le principe du Nirvana a pour tendance ultime la **suppression des excitations**, et le **principe de plaisir** en est essentiellement **dérivé** » (Ibid., p. 90), heureux que la première théorie de l'*Esquisse* « retrouve ses droits ». Il nous rappelle au passage que Freud dans *Problème économique du masochisme* clarifie sa conception :

- Le **principe de Nirvana** exprime la tendance de la pulsion de mort ;
- Le **principe de plaisir** représente les demandes de libido ;
- Le **principe de réalité**, représente l'influence du monde extérieur.

Ainsi, la tâche de réduction des pulsions n'incombe plus au principe de plaisir et reste la tâche du **principe de Nirvana** tandis que la fonction du principe de plaisir est très étroitement liée aux « caractéristiques qualitatives des stimuli ». Green (1983, p. 90) conclut qu'il est en droit de postuler « que tous les états comportant une caractéristique affective, ou le plaisir, et ses formes dérivées sont étrangères au narcissisme primaire absolu ».

Eros et la « **pulsion de destruction** » ne forment pas une paire à termes égaux et Green (1983) éveille notre attention à ce sujet : on en voit un indice en ce que Freud s'est toujours refusé à nommer la pulsion de mort autrement que de cette façon. Partant du fait que la **compulsion de répétition** est le mode d'activité de toute **pulsion**, Green avance alors que quelque chose de la **pulsion de mort** est passé **dans Eros**, ou qu'**Eros l'a captée**¹⁷ à son profit. Trouvant l'étayage d'arguments plausibles en la **désintrication pulsionnelle** – telle que la pathologie nous en donne des exemples (paranoïa, mélancolie) qui peut suggérer, selon lui, quelques représentations dans les relations amour-haine et dont « la collaboration des deux pulsions laisse perplexe » si l'on ne s'arrête pas, bien entendu, « à l'idée d'une **neutralisation de la haine par l'amour** ». (Ibid., p. 96)

¹⁷ Rejoint moyennement bien les mythes grecs (Robert Graves, 1948, 1957). Eros, ou ce « premier Dieu » selon Graves (1957) est « un jeune garçon turbulent qui n'avait aucune considération pour l'âge ni pour la situation, il volait avec ses ailes d'or, tirait ses flèches au hasard et embrassait cruellement les cœurs avec ses traits redoutables » (Ibid., p. 86). La description psychanalytique générale et notamment celle de Green (1983) nous semble correspondre davantage à l'enlèvement par Corée d'Hadès au royaume souterrain.

Dix ans plus tard, Green officialise son travail sur l'hallucination du négatif et dévoile enfin, chose qu'il n'avait faite que partiellement, sa définition et son intérêt. *Le travail du négatif* (1993 [2011 pour la deuxième édition]) nous enseigne, par la plume et la pensée de Green (2011, p. 71), que la négation « peut aller jusqu'à l'inexistence » de la chose ou du sujet. Il s'agit, dans la conception que Green a amorcée en 1993 d'une conception de la « soustraction au principe de déplaisir », une manière aussi d'échapper à la perte, du sentiment de bien-être et de « tout ce qui peut exister » par ailleurs (Green, 2011, p. 70). Il propose un concept de « **gagne-perd** » propre à certaines organisations psychiques, telles que les psychoses dissociées : « en effet, toute volonté de gagner est soumise aux aléas de la perte qui annulerait le gain¹⁸, cause possible de défaite » (Green, 2011, p. 70). Ce choix place le sujet en position d'omnipotence car, d'une part, il consent à la volonté de l'autre de l'anéantir et, d'autre part, il se doit d'accueillir à son tour la jouissance d'infliger la souffrance au vaincu. En d'autres termes, plus la souffrance se donne comme **excès de présence interne** causée par l'absence de l'objet, ce qui se manifeste par une douleur psychique, moins le moi connaît la nature de cette souffrance provoquée par la haine qui lui est sous-jacente. (Ibid., p. 81). Dans tous les cas, dans cette conception « la conscience ne se saisit d'elle-même que dans un mouvement de négation » en mémoire aux travaux d'Hegel (1807, voir trad. fr. de Jean Hyppolite) qui considère que l'affirmation ne peut être conçue que comme « la négation de la négation » (Hegel cité par Green, 2011, p. 71), ou en d'autres termes, il s'agit de l'idée qu'il faut expérimenter le doute pour pouvoir ensuite affirmer (s'affirmer).

Hegel ([1807] traduit par Hyppolite) écrit :

Il est pour soi, réfléchi en soi, est un Un; mais cet Un pour soi et réfléchi en soi est dans une unité avec son contraire, l'~tre pour un autre, il est donc posé seulement comme un être-supprimé; en d'autres termes, cet être-pour-soi est aussi inessentiel que ce qui devait être seulement l'inessentiel, c'est-à-dire la relation à un autre (Ibid., p. 108).

Il développe sa pensée dans le chapitre portant sur la conscience de soi et écrit :

¹⁸ Raisonnement qui n'est pas sans rappeler celui du dilemme des prisonniers que nous évoquerons dans la discussion comme outil psychologique en psychiatrie

La fluidité simple et universelle est l'en-soi, et la différence des figures est l'autre ; mais cette fluidité devient elle-même, par le moyen de cette différence, l'autre ; car elle est maintenant pour la différence, qui est en soi et pour soi-même, qui est donc l'infini mouvement consommant ce milieu calme ; ainsi l'être distinct détient la Vie comme chose vivante. – Mais pour cette raison même ; ce renversement des positions est à son tour le fait d'être renversé en soi-même ". Ce qui est consommé est l'essence. L'individualité, se maintenant aux dépens de l'universel, et se donnant le sentiment de son unité avec soi-même, supprime directement par là son opposition avec l'Autre, opposition par le moyen de laquelle seulement elle est pour soi ; l'unité avec soi-même qu'elle se donne est justement la fluidité des différences ou l'universelle résolution. (Hegel, 1807, p. 150)

En questionnant la dialectique du maître et de l'esclave, Hegel (1908) repère que se présenter soi-même comme « pure abstraction de la conscience de soi consiste à se montrer, comme pure négation de sa manière d'être objective » ou consiste à montrer « pas plus qu'à la singularité universelle de l'être-là en général, à montrer qu'on n'est pas attaché à la vie » Hegel (1908, p. 159). Cette présentation est ce qu'Hegel nomme « la double opération » qui consiste à dire que « le comportement des deux consciences de soi » est déterminé de telle sorte « qu'elles se prouvent elles-mêmes et l'une à l'autre au moyen de la lutte pour la vie et la mort » (Hegel, 1908). « Elles doivent nécessairement engager cette lutte, car elles doivent élever leur certitude d'être pour soi à la vérité, en l'autre et en elles-mêmes » et qu'en outre, comme Freud l'indiquait « seule la mort est gratuite en 1940 », Hegel nous révélait en 1908 que c'est « seulement par le risque de sa vie qu'on conserve la liberté, qu'on prouve que l'essence de la conscience de soi n'est pas l'être » et que l'on « se prouve qu'elle est seulement un pur être pour soi ». Le problème étant que « cette suprême preuve par le moyen de la mort supprime précisément la vérité qui devait en sortir, et supprime en même temps la certitude de soi-même en général » (Hegel, 1908). Nous retrouvons ainsi la proposition de Bergeret de la lutte pour la vie au stade de reconnaissance de soi/non-soi en des temps archaïques.

Mais c'est aussi à partir de ce concept de double négation que Green (2011), différemment de Bergeret (2010), aborde le délire de Schreber. Green (2011) considère le délire positif comme « le retour du vide consécutif à la constitution de l'inconscient » ; nous laissant selon lui peu deviner « la négativité sous-jacente dont il est la manifestation ». (*Ibid.*, p. 84). Green (2011) propose la parlante métaphore de la plaie et du couteau : « *poignard*

qu'il ne faut surtout pas retirer du corps de l'agressé si l'on n'intervient pas sur la plaie faite de quoi on le tuerait » (Ibid.). Ainsi, le délire vient colmater les déchirures dans le Moi « et ceci marque la différence avec la mélancolie, ici il ne suffit pas que le moi se sacrifie pour remplacer l'objet perdu » (Ibid.).

Il décline le schéma suivant (2011, p. 86) : expérience de satisfaction / trace de cette expérience / pause / résurgence du besoin / réinvestissement des traces de l'expérience de satisfaction (désir) / réalisation hallucinatoire du désir / échec de cette réalisation hallucinatoire / signaux de détresse / retour de l'objet ayant apporté la satisfaction / nouvelle expérience de satisfaction. À savoir que le dynamisme en quête de l'objet se fait à partir de sa trace.

2.10.2. La trace de l'absence

Plus que le manque en soi, c'est la trace du manque qui fait souffrir, Green décrit les schéma précédent (Ibid., p. 86).

Dans le premier cas, la réalisation hallucinatoire a procuré du plaisir comme nous le fait remarquer Green (2011) car « les traces de l'appareil psychique ne sont ni inertes, ni fixes » (Ibid., p. 86). A savoir que ce système, animé de l'intérieur, vise à la satisfaction des pulsions et est donc toujours susceptible de donner naissance à des motions du désir. Qui plus est, appliquée au délire, l'interprétation du négatif traduit « un débordement des bornes de la perception... faillite de l'épreuve de réalité » (Ibid., p. 87).

Dans le modèle de Green (2011), l'identification est la réponse à la négativité de l'altérité qui permet de parer à l'absence de l'objet. Dans l'identification mélancolique, Freud a souligné la régression narcissique dans l'identification du Moi à l'objet perdu qui relève et dépend avant tout de la régression à la phase orale et aux mécanismes d'introjection et d'extrojection : « la négativité qui marque le mouvement d'incorporation de l'objet parle d'elle-même » (Ibid., p. 100).

Le travail du négatif sous-tend, effectivement « des mécanismes d'incorporation redoublée en elle-même (l'incorporation) ». Le père est un idéal dans le développement de l'enfant, une image d'identification ; mais « la mère elle est une figure d'incorporation ». Ainsi, à l'origine, la satisfaction pulsionnelle est « consommatoire » et c'est d'ailleurs « cette

consommation qui fait disparaître ledit objet » (*Ibid.*, p. 107) Mais l'objet incorporé vient se loger dans le Moi et fusionner avec et en lui et résulte ainsi « on ne sait plus ce qui appartient à l'une ou l'autre des parties qui ont fusionné » (*Ibid.*). L'identification, qui s'inscrit dans un processus d'idéalisation, vient transformer en partie le Moi avec des résultats de la fusion initiale sauf que cette fois objet et Moi sont séparés en deux objets distincts. Sur la base de cette distinction Moi-objet les « effets de la satisfaction pulsionnelle et de l'idéalisation » sont les bases de l'identification (*Ibid.*, p.108). L'avènement de la tercéité permettra de célébrer définitivement cette séparation-individuation sur la base d'une union « *communiante* ».

La perte de l'avoir, dans ce processus, sollicite un « nouvel avoir » (*Ibid.*, p. 114) auquel le Moi souscrit avec faiblesse quand la répétition de la réactualisation de la perte se fait trop douloureuse. Green (2011) le décrit comme deux dédoublements et de positionnement en « sous-jet », « pris entre le zéro et le un » :

La forme que prend alors le travail du négatif ne peut que reposer sur l'illusion de n'avoir rien perdu, pour avoir intronisé un autre voir à portée de main de ce qui est perdu, en occultant la conscience qui obligerait à reconnaître qu'il n'est en fait qu'un simili-avoir.
(*Ibid.*, p. 114)

Le dédoublement résulte en cela qu'une partie a admis la séparation, puisqu'elle s'identifie à l'objet ; mais que l'autre non, puisqu'elle continue de l'incorporer n'admettant toujours pas la perte...

2.10.3. « La mère suffisamment mauvaise »

Green (2011) n'épouse pas la proposition de Freud selon laquelle la fonction destructrice serait « spontanée et automatique » (*Ibid.*, p. 120), et évidemment il rattache cette question au masochisme primaire (très massif dans les protocoles de nos patients). Rosenberg (2015) questionne ensuite sous ses arcanes la fonction « de liaison des pulsions de vie et de déliaison des pulsions de mort » ; mais ce dernier, au même titre que Green, pense qu'Eros peut contenir la liaison et la déliaison quand Thanatos n'est que déliaison. La fonction « désobjectalisante », loin de se confondre avec celle du deuil, est assurée par la pulsion de mort selon les postulats de Green et cela permet, selon lui, « de comprendre que ce n'est pas seulement l'objet qui est attaqué mais aussi tous ses substituts » (*Ibid.*, p. 122). La controverse tenant en cela que si objet interne il y a lors du dédoublement originaire (Freud, 1919), que se

passé-t-il et quelle est la fonction de la pulsion de mort « désobjectalisante » dans ce contexte de retrait de la libido sur le moi ? Si le moi est trop fragile, il nous semble entraîner avec lui la chute du double interne et mener à la mort qui seule est gratuite (Freud, 1940) - comme observé chez les patients qui ne délirent plus et sont chronicisés en état de léthargie... Ceci est notre postulat et cette perspective permettrait de dépasser les clivages entre les auteurs. L'expression de la dissociation en cas de perte de l'objet interne se fait sur tout le pan psychique quand elle s'appliquerait à la vie pseudo-objectale (ou néo-objectale) dans les problématiques délirantes (l'amentia, ce qui est rejeté dans l'inconscient, ici la conscience de soi, ferait retour dans la réalité à travers les différentes projections délirantes). La castration venant poser en plus la question du père et de son identification (dans le manque) rejoignant le concept de forclusion du NDP mis en avant par Lacan (1956 [publié en 1981], 1980 [2001]).

La manifestation spécifique de la pulsion de mort, nous enseigne Green (2011), est *le désinvestissement*. À cela, Green ajoute que les manifestations destructives dans les psychoses sont beaucoup moins associées à l'identification projective que ne l'entendent Mélanie Klein et Bion « qu'à ce qui l'accompagne et lui succède » (*Ibid.*, p. 123). La pulsion de mort est utile en cela qu'elle permet des « transformations » en conduisant à travers le principe de plaisir à rechercher le soulagement de l'abaissement des tensions nécessaires à la poursuite de la vie...

Ce sont ces éléments qui conduisent Green (2011) à proposer un nouveau concept : le « **narcissisme négatif** » où justement le processus désobjectalisant est à l'œuvre. Si le sujet ne parvient à sortir de ce processus « idéalisation-persécution » (Green, 2011), il continuera de promouvoir le deuil conservateur du désinvestissement. La conséquence la plus dramatique du processus désobjectalisant est qu'il prive le moi d'activité projective et le situe en état de « **mort psychique** », mais abaissé de toute tension...

2.10.4. Forclusion et narcissisme négatif

Green (2011) soutient un parallèle schématique comme il le fait parfois quand il problématise :

La forclusion - le rejet radical – supposé être à la base des structures psychotiques – un fonctionnement somatique grave décrit par Pierre Marty qui se

traduit par des perturbations de fonctionnement mental caractérisées par la pauvreté des activités psychiques ou la carence de leur investissement (Ibid., p. 125).

Le parallèle avec les schizophrénies hébéphréniques de notre échantillon est incontournable, nous y reviendrons lors de la partie consacrée à l'échelle des délires de Jean-Claude Maleval (2013) et ses différents niveaux (PO, P1, P2) utile pour l'analyse des tableaux cliniques.

2.10.5. Le travail négatif du Moi

Pour Green (2011), la maladie psychique est « *une capitulation du Moi* » (Ibid., p. 194) où sont mis en réflexion les effets du négatif et de « **l'irrémissible narcissisme** » avide de toute-puissance. Green (2011) tient à insister sur « l'inlassable travail de dissociation entre les représentants psychiques pulsionnels et les représentations d'objet qui leur donnent sens » (Ibid., p. 200). La « désunion de la matrice psychique » permet la réalisation du travail du négatif mais tout relâchement de la censure de l'absence conduirait à des profondes blessures de l'Idéal du Moi, « sans même pouvoir procéder à une idéalisation de la pulsionnalité » (Idem.), les manifestations de l'Idéal ne pouvant dans ces circonstances s'intégrer au Moi, s'épuisent seules, ou pires, font céder le Moi qui vient en place de l'objet (par identification projective ?).

Green (2011) décrit des représentations imaginaires venant témoigner de la fragmentation, d'un morcellement corporel où les parties du corps sont dissociées et qui utilisent *le déplacement* pour concentrer la libido disponible. Il arrive que le Moi démissionne, en effet, face au manque de représentation ainsi qu'à la dépersonnalisation qui s'opère en l'occasion de la représentation de l'angoisse. Ici, la mégalomanie vient s'inscrire en réalité dans le négatif et en « tentant de désespérer l'autre comme il fut lui-même désespéré » (Ibid., p. 201).

La perspective autopunitive, que nous aborderons dans la partie dédiée à la paranoïa, s'observe aussi à travers l'effet du travail du négatif, que Green (2011) rattache à l'animisme, travaillé dans ce manuscrit à partir des écrits de Freud. L'animisme est ce qui renvoie, selon Green (2011), à la puissance parentale dans un scénario incompréhensible et non symbolisable par le sujet. Le scénario dit « négativant » est en soi un mode de représentation faisant barrage à la néantisation...

2.10.6. Les objets-fantômes

Racamier (1992) compare le patient schizophrène à un fantôme : « ils sont à la fois comme morts et vivants » (Ibid., p. 79). Le fantôme venant désigner l'apparition d'un défunt est connu pour être un « être en quête de sépulture » ; mais l'objet-fantôme décrit par Racamier (1992) ne se présente jamais pour ce qu'il est « vraiment » nous enseigne-t-il. « Cet effet fantôme n'est pas de pur artifice, il faut pour le produire non seulement créer de la présence et de l'absence » (Ibid., p. 81).

Le fantôme est sous le coup d'un deuil (Racamier, 1992) « qui en eux n'a jamais pu se faire » ; quoique plus qu'en eux, c'est en leur mère que ce deuil n'a pu se faire... Racamier (1992) prend l'exemple d'une mère qui n'avait jamais fait le deuil de son mari défunt, alors son fils continuait à le chercher inlassablement dans ses délires.

Racamier (1992) nous apprend qu'en réalité, de deuil il n'y a point, et que justement, ces objets-fantômes sont la résultante d'un « double déni » car à la vérité, un fantôme n'est ni mort, ni vivant... Racamier les nomme aussi les « dé-deuillés » très justement.

2.11. Le deuil des origines et l'antioedipe en guise de conclusion

C'est de « l'inceste psychotique » dont il s'agit en réalité, et de la violence, des dénis et des clivages associés, du fantasme de l'auto-engendrement...

Il y a longtemps que je pense que les fouilles effectuées du côté des psychoses sont à même de nous ouvrir des horizons qui dépassent le seul plan de la clinique des psychotiques et nous instruisent sur l'ensemble de la vie psychique. (Racamier, 1992, p. 133).

Œdipe et psychoses constituent une impasse mise en évidence par Bergeret, Laplanche, Green et Racamier au moment où nous concluons ce chapitre.

L'acte pare au fantasme, raison pour laquelle la névrose est le négatif de la perversion. L'incestuel est en lien avec le deuil dans le sens où il permet de recouvrir le dépressif amalgamé mais surtout dans le sens où la question du deuil originaire se pose à son contact, par rebond. L'engendrement, le désengendrement venant convoquer selon Racamier (1992)

« des forces adverses et complémentaires du double principe de survivance et d'anéantissement dont le principe est adjoint à la double contrainte du principe de plaisir ». Le deuil originaire et l'antiOedipe sont évidemment hyper liés car venant convoquer la question des origines et du corps (la pâte corporelle).

La position d'AntiOedipe se confond avec celle de Dieu, en place d'un de ses parents et il est même leur générateur, le « générateur du monde entier » (Ibid., p. 144). L'autoengendrement est intemporel contrairement aux véritables fantasmes qui s'historicisent ; lui il ne connaît « ni dérivés, ni connexions, ni réseaux »... Racamier (1992) nous enseigne que L'Antiedipe résulte d'Eros tandis que le désengendrement viendrait de Thanatos. Eros, en réalité ne connaît plus aucune limite quand Thanatos mène à l'inanimé.

2.12. Distinction entre organisation schizophrénique paranoïde et organisation schizophrénie simple dans la lignée structurelle psychotique

Introduction à la pensée kleinienne

La position dépressive est décrite chez Mélanie Klein (1935) dans la communication *Contribution à la psychogénèse des états maniaco-dépressifs*, écrite suite au décès de son fils Hans dans un accident de montagne en 1934. La proposition de ce travail s'appuie sur celui antérieur concernant la position schizo-paranoïde.

Dans *Deuil et Dépression* (1921¹⁹, 1947, 1968, 2004), Mélanie Klein nous enseigne que dès le début de la vie, « le moi introjecte de « bons » et de « mauvais » objets dont le prototype, dans un cas comme dans l'autre est le sein de la mère » (Klein, 2004, p. 14). Le bébé « projette sa propre agressivité » sur ces objets perçus par l'enfant comme dangereux car ils risquent de « préméditer sa destruction » selon Klein (2004). Ce sont ces objets, clivés en « bons » ou « mauvais », qui constitueront les imagos, introjectés et immatures dans la **phase schizo-paranoïde**. Mélanie Klein (2004) détaille les défenses mises en place pour se défendre de la peur des persécuteurs dont le premier est la **scotomisation** aboutissant aux mécanismes

¹⁹ Publié en 1921 dans *Essai de psychanalyse*.

d'**introjection**, de **projection** et de **déni de la réalité**. Klein repère très tôt un Moi qui essaie de se défendre « contre les persécuteurs internes » à l'aide « d'expulsion » et de projection (la base de la paranoïa pour Klein, 2004, qu'elle rapproche aussi à l'animisme [Freud, 1913]).

La **position dépressive**, quant à elle, renvoie à une phase que l'enfant traverse également normalement, au même titre que la position schizo-paranoïde, mais plus tard, vers le milieu de la deuxième année. L'enfant se trouve dans une position dépressive à cause de la peur accrue de la perdre (la mère), crainte qui vient témoigner des premières marques d'amour objectal (Petot, 1982, p. 4) mais que Bergeret qualifierait d'anaclitiques. La **phase objectale** tient au fait que l'objet est complet et vient représenter une personne entière par opposition aux « objets partiels », qui ne sont que « des organes séparés » (Petot, 1982, p. 6) durant la phase schizo-paranoïde. L'opposition entre **partiel** et **complet** se doit d'être complétée selon Klein (1935) par le réel et l'imaginaire, la position paranoïde renvoyant « tour à tour à des objets réels et imaginaires (hallucinés) » (Petot, 1982, p. 7) tandis que lors de la phase dépressive, lors de l'unification de l'objet, l'enfant comprend que les deux sont liés (par le biais d'une synthèse objets internes et objets introjectés).

La manie dans la psychose renvoie à la position de toute-puissance et Klein (1921) repère le passage de l'une à l'autre des positions dans le sens où il y a d'une part, dans la paranoïa des **défenses contre les persécuteurs** (les objets fèces) et d'autre part dans la manie l'emprise *réparatoire* des objets mais à travers **l'emprise totale** sur eux. Le glissement s'effectue à nouveau quand des « **souffrances liées à la position dépressive rejettent le sujet dans la position paranoïaque** » (Klein, 2004, p. 34). Dans la position paranoïaque, nous rappelle Klein (2004), il y a bien introjecté de l'objet total et passage à la position dépressive, mais il ne parvient pas à la maintenir pour les raisons suivantes : trop grande angoisse de persécution, soupçons et peurs fantasmatiques (faisant obstacle à l'introjection complète). Il ne ressent pas la peine et l'angoisse que le dépressif peut ressentir à l'égard de l'objet total qu'il s'efforce de « reconstituer en un tout » (*Ibid.*, p. 35) ; tandis que pour le paranoïaque, « l'objet désintégré » se métamorphose « en une multitude de persécuteurs, chaque morceau devenant persécuteur par lui-même » (*Ibid.*).

Notre postulat, en appui sur celui de Bergeret (1974), tient en cela que les patients **psychotiques dissociés** ne parviendraient pas à maintenir une position dépressive en raison d'objets internes non unifiables. Bergeret (1974) envisage le glissement d'une organisation

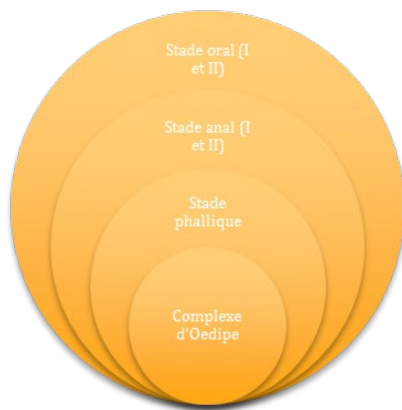
psychotique à l'autre par le biais des positions de Klein (1921, 1935), si bien qu'il n'est pas rare de voir un patient état-limite de bas-niveau (avec des objets internes déjà défaillants, un moi fragile et des mécanismes de défense rigides) se défendre de la dépression en décompensant sur un mode psychotique dissocié (toutes lignées confondues au sein de la psychose), ni étrange de constater qu'une paranoïa n'a pas tenu et que le moi a régressé à une phase schizoïde plus profonde, où les objets internes sont détruits, autrement dit : un psychisme où règne *l'apocalypse* (même en cas de psychose dissociée grave).

Ainsi, à travers cette étude, nous aborderons les problématiques psychotiques dissociées comme des entités au sein d'une grande lignée, avec des modes d'organisation attribués, plus ou moins purs, plus ou moins *métissés*, en lien avec la qualité de leurs objets internes et de la position développementale kleinienne qu'ils occupent.

De plus, nous formulons l'hypothèse selon laquelle nous pourrions observer les effets de l'Antoedipe, du travail du négatif et des pulsions de mort/de néantisation et de l'attaque contre les liens à l'œuvre chez nos sujets. Nous formulerons des hypothèses plus précises à la fin de cette revue, néanmoins nous souhaitons rappeler au lecteur que nous conservons ces fils directeurs pour la suite de notre réflexion et de nos analyses.

2.13. Différentiel bergerétien par rapport aux stades de développement libidinaux

Schéma Récapitulatif du modèle bergerétien (inspiré par Freud [1905, 1916, 1920, 1923], par Klein [1921] et Abraham [1912]) du développement libidinal par stades



Bergeret (1974, 1996) se réfère aux **fixations ou régressions principales de l'évolution libidinale** comme au **degré d'élaboration du Moi** pour réaliser le différentiel structurel et organisationnel.

Le tout s'organise ou se désorganise devant le complexe d'Œdipe dont les effets sont tels des ondes créées par le sillage de Kelvin sur les étendues d'eau, où l'on peut observer les effets organisants ou désorganisant sur la sexualité infantile ... Mais aussi, nous pouvons l'envisager, dans un autre cas, comme un axe central qui tient le reste des spirales en trois dimensions élevées vers le haut.

Notre objectif est de poser les bases de notre modèle, structuraliste psychanalytique bergerétien, dans lequel trois types de psychoses sont distinguées : paranoïa ; mélancolie ; schizophrénie et schizophrénie paranoïde. À partir desquels la position kleinienne va nous éclairer sur les différents mouvements et déplacements qui peuvent s'opérer en termes de réorganisation psychique au cours de la vie aussi, en fonction des événements rencontrés. Ne l'oublions pas, Bergeret (1974) définit la normalité psychique comme :

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 ayant conservé en lui autant de fixations

conflictuelles que bien des gens et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes et 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 (Bergeret, 1996, p. 12).

Bergeret (1974) nous permet de différencier schizophrénie paranoïde de schizophrénie pure par le niveau initial de développement libidinal du sujet dans le sens où le Moi se défend de la fusion dans la paranoïde ; même si cela reste très léger et moins distinct que la lutte contre l'objet persécuteur dans la paranoïa. Les schizophrènes paranoïdes souffrent de symptômes positifs (délires, hallucinations, troubles divers) et ne détruisent pas systématiquement tous les liens ; c'est davantage porteur d'un pronostic favorable qu'une forme de schizophrénie hébéphrénique, par exemple, où le psychisme est envahi par le négatif, au sens de Green. La schizophrénie paranoïde, comme nous le verrons dans la revue de la littérature consacrée au test de Rorschach, souffre d'un envahissement des liens à la réalité par l'espace imaginaire conduisant aux symptômes positifs et le risque étant que l'imaginaire prenne totalement le pas sur la réalité ; contrairement aux schizophrénies pures qui tendent à s'accrocher coûte que coûte à la réalité. La fixation est de nature orale dans les deux sous entités (contrairement à la paranoïa située au sous-stade anal I, voir schéma 1.) et l'angoisse de morcellement est par éclatement contrairement à la paranoïa qui est par peur de pénétration (voir tableau 2.). La différence avec la schizophrénie tient au fait que, dans la paranoïa le persécuteur est désigné, alors que les attaques viennent de toutes parts dans la schizophrénie paranoïde puisque l'altérité est davantage ancrée que dans la schizophrénie.

Afin de conclure ce chapitre, nous proposons un tableau de synthèse des processus psychiques sous-jacents dans les psychoses (les psychoses dissociées sont soulignées) en fonction :

1. Du mode de relation à l'objet et au monde
2. De la primauté du stade de développement libidinal
3. Du type de relations à l'objet
4. Des mécanismes de défense

Le tableau (tableau 2.) vient compléter le premier tableau (voir Tableau 1 Les conflits entre les instances) concernant les instances dominantes et les conflits entre ces instances par rapport au mode d'organisation dans la lignée psychotique dissociée.

<p>Tableau 2</p> <p>Tableau 2. SYNTHÈSE DU MODÈLE BERGERÉTIEN - INDICES DIFFÉRENTIELS DES ORGANISATIONS PSYCHOTIQUES (les entités soulignées sont des psychoses dissociées)</p> <p>Jean Bergeret, 1996, p. 90 (révisé)</p>			
<u>Schizophrénie pure</u>	<u>Schizophrénie</u> <u>paranoïde</u>	<u>Paranoïa</u>	Mélancolie
Fusion totale	Distinction Moi et non-Moi	Moi incomplet sans l'objet Idéal du Moi	Faillite de l'Idéal du Moi
Primauté sadique orale	Primauté orale avec des éléments du stade sadique anal	Primauté du premier sous-stade anal	Régression du phallisme oralité à analité
Repli total de la libido sur le moi	Entre autisme et persécution mais l'objet persécuteur n'est pas déterminé puisque non distinct du Moi	Persécution maîtrisée	Primauté de l'agressivité
Introjection/extrojection, identification projective	Expulsion/ projection, identification projective Déni et projection	Déni, projection et annulation dénégation, double retournement	Déni secondaire et introjection de l'objet perdu

Nous tenterons de mettre à jour ces profils dans les tests de Rorschach des sujets de notre échantillon organisé en trois sous-groupes selon le modèle bergerétien.

3. Partie III. La paranoïa

3.1. Introduction et propositions préalables de ponts entre les modèles structuralistes

Comme l'écrit Daniel Lagache au cours de son texte sur *La jalousie amoureuse* (1947, 5^{ème} édition 2008, p. 43), en appui à la conception lacanienne, « les traits de la **constitution paranoïaque** sont souvent **dissociés**²⁰ » ; mais la compréhension de cette personnalité reste à entendre en termes de complexité, selon nous, puisqu'il existe presque autant de visions de la paranoïa que d'auteurs à l'avoir questionnée.

Jacques Lacan (1932) a consacré sa thèse à faire un rapport exhaustif de la paranoïa dans la psychiatrie pour ensuite laisser place à une proposition très personnelle de la paranoïa auto-punitive à travers le très connu *Cas Aimée*, mère *dans la réalité* de Didier Anzieu, lequel théoriserait ensuite, avec une acuité et une finesse irréprochables, le concept d'enveloppes psychiques (avec les paramètres constitutifs concernant leur qualité poreuse ou non). D'ailleurs, nous nous permettons de nous questionner sur ce point : est-ce le fruit d'un hasard où celui d'une enfance baignée dans l'angoisse latente de sa mère, de la peur par pénétration qui permet à Didier Anzieu de nous offrir cette théorie des enveloppes psychiques ? Nous le savons, Aimée fut incarcérée une année pour avoir poignardé une femme (une actrice) puis confiée en traitement à Sainte Anne au jeune et futur docteur Jacques Lacan. Se pourrait-il qu'Anzieu ait élaboré sa théorie de par les effets des avatars issus des projections paranoïaques à son égard (introjectés puis extrojectés et sublimés dans la théorie), en lien à des angoisses de perforation/pénétration/envahissement rapport à son propre modèle maternel ? Nous ne pouvons reléguer au second plan les liens entre les recherches d'un sujet et les problèmes existentiels qui traversent sa réalité psychique elle-même évidemment en rapport à son développement infantile (ce que nous avons tenté de détailler dans notre propre

²⁰ C'est nous qui le soulignons en gras

recherche à travers les paragraphes introductifs concernant nos intérêts personnels de recherche). Ensuite, Anzieu assistera avec assiduité aux séminaires du médecin de sa mère, présentant même à l'occasion quelques planches sur lesquelles lui et ses collègues *auront dû réfléchir* sur les conseils de Lacan, avant de prendre son indépendance et de recueillir enfin les fruits de sa riche expérience, dont il est fort heureusement résilient (rappelons-nous que la sœur d' Aimée a pris l'enfant sous son aile et s'est installée au foyer conjugal, provoquant la « folie » de cette dernière)²¹.

Dans sa thèse *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Lacan (1932) pose la question suivante : est-ce que « la psychose de ce cas représente un processus organo-psychique » ou alors « est-ce que l'anomalie de la structure et la fixation de développement de la personnalité » d' Aimée est la cause première de la psychose paranoïaque (il s'agit des sous-titres des chapitres de sa thèse en p. 207 et p. 247 aux éditions Points) ? Question à laquelle il répond sans ambiguïté à la fin de son manuscrit en théorisant, sur la base du concept de Sérieux et Capgras (1909), à la question « des mécanismes d'autopunition » qui selon lui prévalent, étiologiquement parlant, dans la personnalité d' Aimée.

Lagache (1947) définit le « développement de la personnalité » en se basant sur l'article fondamental de Karl Jaspers (1910) comme l'inverse des « processus psychiques », c'est-à-dire comme une **altération durable du psychisme** survenant au cours de la vie. Plus concrètement, le « développement de la personnalité » est considéré par « les dispositions individuelles qui évoluent à travers les époques de la vie » selon Jaspers (cité par Lagache, 1947). Bergeret (1974), quant à lui, définit la structure de personnalité (appliquée uniquement aux adultes) comme :

Ce qui dans un état psychique morbide ou non se trouve constitué par les éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité, fixés en un assemblage stable et définitif (Bergeret, 1974 [1985 deuxième édition], p. 49).

²¹ Lacan (1932) décrit tout cela dans la dernière partie de sa thèse.

Dans tous les cas, la structure de personnalité est dépendante des stades de développement libidinaux (illustrés en schéma 1) et des prédispositions épigénétiques archaïques tel qu'il l'expose dans *La violence fondamentale* (2010). Nous allons nous y intéresser car, la vision de Lacan en doctorat rejoint cette vision.

En effet, ce n'est pas un hasard si Lacan insiste sur la question de la personnalité dans sa thèse, car elle est au cœur des débats entre organogénèse et psychogénèse des psychoses qui animent alors la psychiatrie traditionnelle, particulièrement à l'endroit de la paranoïa, dans ses rapports avec la démence précoce. Lacan (1932, p. 35) écrit à propos de la personnalité dans la psychologie scientifique :

Les difficultés relèvent de deux risques. Le premier est celui d'une contamination subreptice par des implications métaphysiques qui sont dans la nature même de l'esprit : ceux qui y tombent à plein sont le plus souvent les mêmes qui, soi-disant fidèles aux seuls « faits », croient se garder de la métaphysique en ignorant les données. Le deuxième risque menace ceux qui, poursuivant en connaissance de cause l'extraction de tout résidu métaphysique, finissent par perdre de vue la réalité expérimentale (...) (Ibid., p. 35).

Il recense ainsi plusieurs définitions de la personnalité qui sont vues soit à travers le prisme de *l'analyse introspective*, soit à travers *l'analyse objective*, dans laquelle est constaté un développement déterministe. Lacan (1932) met ces deux approches en opposition avec celle issue des recherches psychogéniques, relative aux « travaux féconds » psychanalytiques dans la sphère psychopathologique. Lacan écrit (1932, p. 49) :

Tout système de personnalité doit être structural, nous voulons dire que la personnalité doit y être composée à partir d'éléments, qui sont primitifs par rapport à son développement, soit à partir de relations organiques relativement simples, dont selon les individus variera le registre en qualité, en étendue, et la portée en direction, en intensité, etc. (Ibid., p. 49)

En insistant bien sur le fait que la personnalité est en réalité « loin encore de répondre aux variations quantifiables des propriétés organiques primaires par exemple de l'acuité sensorielle ou de la réaction émotive » (*Ibid.*). Lacan (1932), nous indique au contraire qu'en dernière analyse, « **l'économie** de la réalisation personnelle » dépend d'un « certain équilibre » entre « les dons innés », « la valeur constructive du développement », « les nécessités bipolaires de l'action », et « les conditions formelles de l'expression font que la

valeur de cette économie ne sont ni corrélatives aux variations des éléments, ni continues ». (Lacan, 1932, p. 30).

Dans un second temps métapsychologique de cette partie dédiée à la paranoïa, parmi les auteurs que nous évoquerons, évidemment Freud, en 1911, qui, nous le rappelons, tient absolument à cette entité et dont il fait aussi une psychose dissociée, notamment à l'occasion d'un cas de paranoïa féminine issu de *l'Abrégé de psychanalyse*, que nous détaillerons. Nous reviendrons aussi succinctement sur Green qui, dans l'un de ses passages du *Travail du négatif* (2011), traite la **paranoïa comme une psychose dissociée**, en plus de réétudier avec une incroyable didactique le cas de *L'homme aux loups*, une paranoïa soumise aux processus de la forclusion, selon lui, sens dans lequel nous abondons largement (2011, p. 168). Green (2011) indique au sujet de Freud qu'il a fait « état d'un **clivage psychique à propos d'un cas de paranoïa** » en évoquant le cas de paranoïa féminine de 1915, retravaillé en 1920, dont nous appuierons ici l'importance, ainsi que la richesse théorique, car trop souvent éludé dans les réflexions théoriques à notre sens. Comme l'écrit très justement François Richard (2004, p. 91-92) :

Freud, dans cette dernière notation [1920]^C, s'approche de la théorie de la psychose paranoïaque, proposée par Micheline Enriquez et Guy Rosolato, comme confrontation imaginaire délirante, sans médiation, à un objet maternel archaïque, phallique et intrusif. Mais pour lui, elle ne prend sens que comme avatar de l'origine narcissique de son choix d'objet homosexuel²² et par conséquence la disposition à l'affection paranoïaque

Nous reviendrons sur la conceptualisation de Bergeret (1974, 2001), toujours très riche dans sa vision de la classification psychanalytique (opérationnalisable). Puis, dans un dernier temps, nous pourrons, à travers la partie consacrée aux travaux de Jean-Claude Maleval (chapitre suivant portant sur la paranoïa), questionner la **position paraphrénique** et ses avantages en termes théoriques et psychothérapeutiques. Mais dès à présent, nous proposons un retour sur la conception psychiatrique du trouble de la personnalité.

^C C'est nous qui ajoutons la date entre crochets pour un meilleur repérage dans le texte et entre les textes freudiens eux-mêmes.

²² C'est aussi nous qui le soulignons en gras pour la suite de notre raisonnement et de nos analyses.

3.1.1. Conclusions aux données introductives et ouverture à la recherche

Il nous a semblé que la psychiatrie contemporaine n'avait cessé de se poser les questions auxquelles Lacan (1932) tentait de répondre en doctorat. Ces questions redondantes qui réapparaissent fréquemment sur l'étiologie et la catégorisation, ou non, de la paranoïa au sein du spectre schizophrénique, plutôt effacée depuis le postulat bleulérien de par, justement, sa **nature dissociée**. Raison pour laquelle nous revenons sur les postulats psychiatriques et sur leur aboutissement à l'aune d'une assise totale de l'hégémonie schizophrénique de par l'entrée de la notion de spectre en elle-même, ainsi que de par la priorisation de la symptomatologie de premier rang (mettant justement en exergue la notion de schisme ou de dissociation chère à Bleuler), positive et bruyante. Nous l'avons indiqué en introduction, la notion de *délire bizarre* s'est posée lors des précédents opus du DSM, néanmoins finalement retirée, mais au prix d'une confusion entre les troubles de la personnalité délirants et entre la schizophrénie, puisque les hallucinations sont désormais le seul critère différentiel. Nous y reviendrons également. En outre, les hallucinations auditives ne permettent pas de différencier les deux puisqu'elles se confondent sur le continuum au sein du spectre. Du moins, c'est ce qui nous a semblé après avoir œuvré à la catégorisation des deux parties. Afin de vérifier ce postulat, dans un premier temps nous allons établir les principales offres fournies par l'approche nosographique psychiatrique, puis nous la mettrons à l'épreuve de la clinique à partir de l'étude de 25 cas cliniques diagnostiqués de paranoïa selon le modèle bergerétien (voir le tableau récapitulatif des patients paranoïaques en annexe 1.).

Il semblerait que nous puissions par ailleurs trouver une voie menant à un dialogue riche avec la psychiatrie psychodynamique américaine représentée par le Psychodynamic Diagnostic Manuel-2 (2017, A.P.O., PDM-2, deuxième édition), dans le sens où y sont définis les troubles de la personnalité en harmonie avec le postulat de Bergeret (1974), c'est-à-dire comme une manière « stable de penser », d'être avec les autres », incluant les « processus conscients et inconscients ». (A.P.O., Mc Williams, Kernberg, Caligor, Shelder, Herzig, Westen, 2006). Les auteurs du PDM-2 prennent en compte les mouvements transférentiels dans le troisième axe de leur classification dans la démarche évaluative à visée diagnostique et c'est ce qui a su nous séduire, car cet indicateur nous semble évidemment incontournable à nous clinicienne, dans le cadre d'une démarche d'investigation psychologique.

3.2. Approche Psychiatrique

[Gödel] dans une note des cahiers philosophiques, [il] considère la maxime cartésienne mais en la qualifiant d'un « peut-être ». C'est qu'il reconnaît le risque : que la logique appliquée à la vie, ou pour paraphraser Wang, l'hyper-rationnalité, risque de rendre « fou » et peut-être, c'est-à-dire si Descartes a raison, est une véritable folie. (Cassou-Nogues, 2007, p. 30).

Il nous a semblé que Pierre Cassou-Nogues (2007) mettait en évidence un réel souci au sujet de l'hyper-rationnalisation dans la paranoïa, question pourtant peu évoquée, voire totalement éludée dans les manuels psychiatriques tels que nous les présentons, du moins dans la vision contemporaine du trouble (dans le PDM y compris). Pourtant, de nombreux intellectuels, à l'instar du mathématicien Kurt Gödel, décédé affamé, refusant de s'alimenter de peur d'être empoisonné, ont mis en évidence le lien qui unissait les deux, paranoïa et intelligence, du moins, l'intellectualisation. Le film *Le Prodige*, réalisé par Edward Zwick en 2014, décrit l'ascension paranoïaque de Bobby Fischer, le champion du monde d'échec de façon superbement bien interprétée et réalisée. Alexandre Grotendieck, considéré comme le fondateur moderne de la géométrie est également un exemple empirique des frontières qui nous ont semblées poreuses entre l'intelligence et la folie paranoïaque et à l'interface de l'une et l'autre pouvant constituer un point d'entrée théorico-clinique. Mais comment distinguer ce qui relève du délire et ce qui relève de la théorisation intellectuelle une fois dépassés certains seuils de spécialisations scientifiques ignorés par le psychologue clinicien, même universitaire ? Ce sont toutes ces questions que nous nous posons et auxquelles, finalement, la psychiatrie moderne ne répond pas...

Lacan (1932) écrit que le délire d'Aimée est sous-tendu par une « clarté significative », mais que cette clarté résulte d'autre chose que d'une nature logique, et qu'elle renvoie aux « tendances affectives méconnues par la conscience du sujet ». (Lacan, 1932 [publié en 1980], p. 93).

Mais alors est-ce que faire la différence entre l'intelligence et la folie paranoïaque, chez un sujet dont le niveau d'intelligence serait supérieur à la moyenne de la population et dont la formation professionnelle serait spécialisée et complexe (comme c'est le cas de certains des sujets de notre échantillon : César, Kad, Ali, Manuel et d'autres), reviendrait à

distinguer ce qui prend sens dans les tendances affectives méconnues par le sujet ? Mais si les deux étaient directement intriquées et que des scientifiques comme ceux que nous venons de citer avaient réussi à combiner quelque chose du sens qui manque dans les deux configurations ?

Délire de revendication, de quérulence et de jalousie versus délire d'interprétation et de persécution

Lagache (1947, 1987) nous indique que le caractère essentiel des personnalités paranoïaques tient au fait que la « succession des événements vécus les conduits à ce qu'elles soient intérieures et immanentes au vécu » (*Ibid.*, p. 37). Il distingue ainsi les relations **intra-conscientes** des relations **extra-conscientes** pour discriminer ce qui relève de l'organique de ce qui relève du vécu/forgé, en reliant la paranoïa de revendication à des **causes intra-conscientes**.

C'est à partir du **délire de jalousie** qu'il repère les procédés relatifs au délire de revendication ainsi qu'à la quérulence en opposition au délire de persécution, permanent « au moins pour un certain noyau délirant » selon lui. Le délire de revendication, nous inculque Lagache (1947), est « moins un délire des idées qu'un **délire des actes** où les réactions tenaces, violentes, acharnées, disproportionnées à leur motif occupent la place centrale » (*Ibid.*, p. 39).

Dans ses pérégrinations théoriques, Lagache (1947) en vient à questionner l'**envie** qui mène à la jalousie. Il repère que le mot jaloux « bien que de sens profane » provient de la Bible et renvoie au **Dieu jaloux** « tu ne te prosterner pas devant elles et tu ne les serviras point ; car je suis l'éternel de ton Dieu ».

Ces éléments nous semblent riches dans la réflexion sur les psychoses, en lien avec la question de la mort. Comme Lagache l'écrit : « rien n'atteste peut-être mieux que les textes et la tradition biblique l'implication réciproque que nous avons cru découvrir entre la **jalousie-zèle** et la **jalousie rivalité** » (*Ibid.*, p. 370). La différence entre la jalousie zèle, telle que la nomme parfaitement Lagache, ou la jalousie rivalité, tient au fait que dans l'une l'**objet existe**, permettant l'introduction d'une **triangularité**, et dans l'autre non. Dans la seconde situation, solution psychotique, il s'agit d'une configuration « bipolaire », dans le sens où cet

attachement « passionné » ne met en jeu que le jaloux et l'objet de la jalousie, et met l'accent sur le problème de l'amour du sujet pour l'objet.

C'est ainsi que Lagache (1947) introduit le concept d'**envie** qui selon lui s'emploie souvent dans un sens voisin de la jalousie. Il prend pour exemple les écrivains et leurs vers tels ceux de Racine²³ distinguant ainsi les deux mots sur la base des expressions « envier quelqu'un » (qui vise les biens) et « être jaloux de quelqu'un » qui vise la personne, en insistant sur le fait que la distinction est « plus grammaticale que sémantique » (Ibid., p. 371). Il nous rappelle également que la jalousie et l'envie ont clairement été distinguées par d'Alembert (Œuvres, T III, p. 320) comme « on est jaloux de ce que l'on possède et envieux de ce que possèdent les autres ». Une citation effectivement très informative en tant que « je suis jaloux de ce que je possède en tant qu'il est **susceptible d'être désiré** et possédé par autrui » (Lagache, 1947, p. 371). En d'autres termes « l'amoureux jaloux jalouse sa maîtresse et **envie les succès réels** ou fictifs de ses rivaux » (Ibid.). C'est, selon Lagache (1947), précisément cette envie qui rend la situation « intolérable », car la « **haine tend à détruire l'envieux en détruisant la possession ou le possesseur** ». C'est effectivement fort intéressant car l'envie et/ou la jalousie permettent de se distinguer sur le terrain de la triangularité tandis que nous l'avons vu, l'envieux convoite ce qu'il ne possède pas.

Lagache (1947) raccroche facilement le fil de son propos à la question de l'**amour** et de la **haine** en lien avec l'envie, thématiques qui ont déjà orienté nos propos dans la partie consacrée à la métapsychologie de la schizophrénie, mais nous nous situons ici dans l'approche psychiatrique empirique traditionnelle française de la paranoïa ; néanmoins d'une finesse et d'une richesse clinique sous-estimée. La « jalousie-attachement passionné » (en comparaison à la « jalousie de rivalité ») nous semble également se situer au centre de la problématique paranoïaque, et non dans le sens du « *Je tu(e) il* » en référence au bon ouvrage de Michel Cautauts (2010) sur la perversion, mais au sens d'une « **avidité inassouvable** » dans sa façon de se lier à l'amour... Les travaux de Lacan dans la partie métapsychologique nous éclaireront davantage à ce sujet nous semble-t-il. En tous cas, selon Lagache (1947), c'est parce que même dans cette forme d'envie « monstrueuse » il y a du désir qu'il en vient à

²³ Lagache cite ces vers de Racine dans *Andromaque*

*Je ne viens point ici, par de jalouses larmes,
Vous envier un cœur qui se rend à vos charmes*

questionner ce champ au sein duquel il a, au demeurant, attentivement comparé les délires de jalousie amoureuse psychotiques *versus* ceux hystériques, par de très subtils cas cliniques. Si bien que, selon lui, il y a dans le sous-bassement de « l'avidité jalousie-attachement passionné » le sens d'une « avidité » qui n'arrive pas à se résoudre dans la plénitude de la possession.

Lagache (1947) est rigoureux quant au fait de décrire les sentiments amoureux eu égard au rapport qu'ils constituent et des objets qu'ils visent dans un sens plus large que celui énoncé par Lalande (1907) dans l'article « Amour », qu'il définit uniquement au **sens génital** du terme. Il distingue ainsi deux types de définitions de l'amour, la première qui assimile l'amour « au désir et à l'avidité » et qui vise l'appropriation de l'objet aimé ; la seconde qui le définit dans la vie « génito-sexuelle », comme un désir plus ou moins ardent qui tend à la possession de l'être aimé. Il oppose ensuite les notions d'« amour captatif » et d'« amour oblatif » et dans cette seconde configuration l'amoureux renonce à lui-même en faveur de l'être aimé. La seconde tendance définit un « amour anti-égoïste », c'est le « don de soi ». Pour résumer, dans l'**amour captatif**, le sujet veut s'approprier l'objet et être aimé par lui ; dans l'**amour oblatif**, le sujet veut se donner à l'objet. Dans les deux cas ces conceptions de l'amour se rapportent à l'avoir, dans un cas il s'agit de donner, dans l'autre de recevoir. Alors à ces deux formes d'amour, Lagache (1947) ajoute une troisième forme qu'il nomme « l'**amour-communion** » dans laquelle l'objet **transcende** le sujet et inversement.

La **haine** selon Lagache (1947) est la valence négative de l'amour, la « négation de l'existence et la valeur de son objet » ; elle « excommunie » selon lui (Ibid., p. 377) et qualifie d'ambivalent le mélange irrationnel d'amour et de haine tel qu'il se révèle dans « l'amour-désir ». C'est ainsi qu'il fait le lien à nouveau avec les textes bibliques puisqu'il écrit : « la sagesse de la nation proclame que l'amour ne va pas sans la jalousie » (Lagache, 1947, p. 378), ce qui lui permet de distinguer, « la jalousie » de « l'état de la jalousie », dont la première proposition correspond à une **nature profonde** du caractère. Il écrit : « la jalousie peut être vécue en tant que jalousie, si elle peut **fournir le contenu** et la structure d'expériences vécues spécifiques » ; et sinon, il propose de la concevoir comme « une combinaison dans laquelle entrerait notamment une expérience plus simple et plus primitive de la **spoliation**, encore que la spoliation implique déjà une relation triangulaire. Nous laissons la question ouverte » (Ibid., p. 380). Il nous semble que Lagache (1947) prend peu de

risques mais pouvons démontrer simplement que la spoliation n'implique pas nécessairement une triangulation dans le sens où, dans la lutte pour la survie propre aux organisations paranoïaques, nous repérons cette sensation d'être spolié par l'autre, quelque qu'il soit, peut-être même par le grand Autre ? Nous y reviendrons.

Quoiqu'il en soit ces éléments d'analyse de la part de la tradition psychiatrique française représentée par Lagache à travers ces lignes, nous indiquent combien la question de la paranoïa tient depuis des décennies à la problématique du délire, nous distinguons ainsi plusieurs types de paranoïa, en fonction de la forme que prendra leur délire : de persécution, la plus originelle, celle décrite par Freud (1911, 1915 et 1920) avec les délires de négation du type syndrome de Cottard ; d'érotomanie (et auto-punitive), décrite par Lacan à travers le cas Aimée ; de quérulence décrite par Johan Ludwig Casper et réétudiée brillamment comme paranoïa processuelle par Benjamin Levy dans sa thèse de doctorat en 2015 ; la paranoïa de revendication associée à celle de quérulence ; la paranoïa sensitive décrite par Ernst Kretschmer en 1919 ; la paranoïa de jalousie décrite par Lagache (1947) qu'il rapproche lui-même de la paranoïa de quérulence ; et enfin, le délire systématique d'autopunition décrit par Sérieux et Capgras (1906) et repris par Jacques Lacan en 1932, qu'il rapproche donc de l'érotomanie, concept qu'il associe plus tard au délire de persécution²⁴ (Lacan, *Séminaire III*). Ce qui nous permet en quelque sorte de tracer trois grandes lignées au sein des paranoïas : la paranoïa sensitive, la paranoïa d'interprétation ou de persécution et la paranoïa de revendication, de quérulence ou de jalousie. Mais alors existe-t-il une ou plusieurs paranoïas ?

La forme sensitive renvoie à une **forme dépressive** de la paranoïa dans laquelle la forme du délire tient à la sensation de distorsion des relations à autrui. Il s'agit d'un délire de référence c'est-à-dire que les gestes et actes de la vie quotidienne sont commentés par des voix mais pas n'importe lesquels, surtout ceux ayant attrait à la vie intime et sexuelle. De plus, elles portent préférentiellement sur l'entourage avec un caractère malgré tout « diffus » (Charbonneau, 2007, p. 155). La différence singulière avec la paranoïa d'interprétation ou de persécution, tient au fait que le complot n'est pas nécessaire, et que la conviction délirante est d'intensité variable. Comme chez Freud (1911, 1915 et 1920), la notion d'homosexualité est primordiale dans la paranoïa sensitive, elle se rapporte notamment au fait que les actes de la

²⁴ Voir l'article de Levy, Prudent, Evrard, Clesse, Decker et De Tychev, 2017

vie sexuelle sont commentés et à la masturbation pouvant mener à des crises de tensions « ruminatoires ». Kretschmer (1919) met ces mécanismes en lien avec **la honte** engendrée par l'acte autoérotique interdit ; sans pour autant faire le lien avec le *Cas Schreber*, comme le rappelle Georges Charbonneau (2007).

3.2.1. Evolution historique de la paranoïa

C'est dans les flous de ces diverses propositions que la nosographie psychiatrique a dû trancher à plusieurs reprises au cours du XXème siècle. C'est en appui sur le tableau illustratif descriptif (Tabl. 3) de l'évolution de la paranoïa dans la psychiatrie contemporaine que nous allons développer nos propos. (Ce tableau est paru dans *l'Evolution Psychiatrique* en 2016 dans un article publié aux noms de Prudent, Evrard et De Tychey et il s'appuie en grande partie sur les travaux de Levy [2012 et 2015]).

Tableau 3 : Entités associées au terme « paranoïa » au fil des versions successives du DSM

Par le biais de ce tableau synthétique, nous allons faire un bref retour sur les changements qui ont amené la paranoïa à ce retour à la *case départ*, en se situant dans le spectre schizophrénique et *autres troubles psychotiques*, de par son positionnement dans le DSM-5 au sein des troubles de la personnalité schizotypique, ou autrement appelés les troubles délirants. Les auteurs du DSM-5 (A.P.A., 2016, [version française Mini]) l'indiquent au sujet de la schizotypie (juste au-dessus et non suffisamment distincte de DD) :

Comme ce trouble est considéré comme faisant partie du spectre de la schizophrénie et qu'il est étiqueté comme trouble schizotypique dans cette section de la CIM-9 et de la CIM-10, il est mentionné dans ce présent chapitre mais les critères sont présentés dans le chapitre « Troubles de la personnalité ».

Définition qui vient, selon nous, introduire une nette confusion entre les troubles de la personnalité délirants juste en dessous, et dont nous pouvons nous demander quel est leur rapport avec les troubles schizotypiques, en dehors de leur caractère psychotique ? De la même manière que nous nous interrogeons sur l'intérêt de venir placer les troubles délirants et les troubles schizotypiques ensemble.

Tableau 3

Version	Terme anglais	Traduction française
DSM-I, 1952	<p>PARANOIA (systematized delusion)</p> <p>PARANOID STATE (unsystematized delusion)</p> <p>PARANOID REACTIONS (persecutory or grandiose)</p> <p>SCHIZOPHRENIC REACTION, PARANOID TYPE</p> <p>INVOLUTIONAL PSYCHOSIS, PARANOID TYPE</p>	<p>PARANOÏA (délire systématique)</p> <p>L'ÉTAT PARANOÏAQUE (délire non systématique)</p> <p>LES RÉACTIONS PARANOÏAQUES (de persécution ou grandiose)</p> <p>LES RÉACTIONS SCHIZOPHRÉNIQUES, TYPE PARANOÏAQUE</p> <p>LES PSYCHOSES ÉVOLUTIVES, TYPE PARANOÏAQUE</p>
DSM-II, 1968	<p>PARANOIA + PARANOID STATES</p> <p>PARANOID PERSONALITY (hypersensitivity, rigidity, suspicion...)</p> <p>SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE (Persecutory or grandiose delusions)</p> <p>INVOLUTIONAL PARANOID STATE</p> <p>ALCOHOL PARANOID STATE (Alcoholic paranoia)</p>	<p>PARANOÏA + ÉTATS PARANOÏDES</p> <p>LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE (hypersensibilité, rigidité, suspicion...)</p> <p>SCHIZOPHRÉNIE DE TYPE PARANOÏDE (de persécution ou délires de grandeurs)</p> <p>L'ÉTAT PARANOÏDE ÉVOLUTIF</p> <p>ÉTAT PARANOÏDE INDUIT PAR L'ALCOOL</p>
DSM-III, 1980 & DSM-III-R, 1987	<p>PARANOID PERSONALITY DISORDER</p> <p>DELUSIONAL (PARANOID) DISORDERS (erotomanic, grandiose, jealous, persecutory, and somatic)</p> <p>SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE</p> <p>ACUTE PARANOID REACTIONS</p> <p>ALCOHOLIC PARANOIA</p>	<p>TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE</p> <p>TROUBLES DÉLIRANTS (PARANOÏDES) (érotomaniaque, grandiose, jaloux, persécution et somatique)</p> <p>- SCHIZOPHRÉNIE, TYPE PARANOÏDE</p> <p>- RÉACTIONS PARANOÏAQUES AIGUES</p> <p>-PARANOÏA INDUITE PAR L'ALCOOL</p>
DSM-IV, 1994 & DSM-IV-TR, 2002	<p>SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE</p> <p>PARANOID PERSONALITY DISORDER</p>	<p>SCHIZOPHRÉNIE, TYPE PARANOÏDE</p> <p>TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE</p> <p>TROUBLES DÉLIRANTS (érotomaniaque, jaloux, grandiose,</p>

	<p>DELUSIONAL DISORDER</p> <p>(erotomanic, jealous, grandiose, persecutory, somatic and mixed subtypes)</p>	<p>persécuté, somatique et sous-types mixtes)</p>
<p>DSM-5, 2013</p>	<p>SCHIZOPHRENIA SPECTRUM AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS (SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER)</p> <p>PERSONALITY DISORDER</p> <p>↳ Paranoid Schizoid Schizotypal</p> <p>↳ Paranoid: suspicious, feels easily rejected, tends to hold grudges.</p>	<p>SPECTRE SCHIZOPHRÉNIQUE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES (TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUES)</p> <p>TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ (paranoïde, schizoïde, schizotypique)</p> <p>→ Paranoïde : suspicion, se sent facilement rejeté, tend à garder rancune.</p>

Sur la base des recherches de Levy (2012, 2015), nous remarquons l'évanouissement progressif de l'entité au départ bien distincte dans la nosographie. Dans le DSM-1 (1962), la paranoïa est déjà sous-nommée dans sa forme délirante (délire systématisé), diffractée en trois entités, la paranoïa, l'état paranoïde (délire non systématisé) et les réactions paranoïdes (grandioses ou de persécutions). Nous pourrions presque envisager le fait que les auteurs du premier opus du DSM en soient venus à la même conclusion que nous en divisant la paranoïa en trois sous-entités en fonction de la tradition psychiatrique. Avant d'entamer cette présentation suivie d'une discussion, il nous semble important de relever que dans les pays anglo-saxons il n'existe pas d'adjectif pour nommer le trait paranoïaque et écrivons par défaut paranoïde. Néanmoins, Odile Husain, a éveillé leur attention, à travers différentes publications dans *Journal of Personality Assessment* entre autres, sur la possibilité d'utiliser de l'adjectif *paranoïac*, même en anglais. Nous encourageons également les anglo-saxons dans ce sens et rejoignons Husain sur ce point.

Dans le second opus du DSM (1968), nous pouvons aisément observer la composition en une seule sous-entité désormais et donc conclure à la collusion entre l'état paranoïaque et la paranoïa délirante dont émerge par ailleurs la nouvelle entité « personnalité paranoïaque », certainement non sans lien avec les travaux des psychiatres français tournés vers la psychanalyse.

Cependant, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, le DSM-III (1980) est annonciateur d'un tournant radical au sein de la nosologie américaine et vient remalaxer le modèle pour réorganiser et re-diviser la paranoïa en deux entités : la personnalité paranoïaque

(paranoid en anglais, PPD) et les troubles délirants (DD). Cette configuration se maintient dans le DSM-IV et le DSM-IV-TR, car il est vrai, elle augurait l'ère de la validation empirique et de l'objectivité, mais pointait aussi la difficulté à valider certains troubles de la personnalité pendant les décennies qui ont entouré leur application et pourraient avoir dissuadé certains esprits *cartésiens* à simplifier la complexité. Finalement, dans le dernier opus, les auteurs ont fait le choix de supprimer certains troubles tels que les troubles histrioniques ou les troubles schizoïdes parmi lesquels les troubles paranoïaques.

3.2.2. L'évanouissement nosographique de la paranoïa dans le DSM-5 - index

Comme nous l'avons détaillé, au cours du temps, la disparition de la paranoïa a été précédée par son démantèlement en deux facettes :

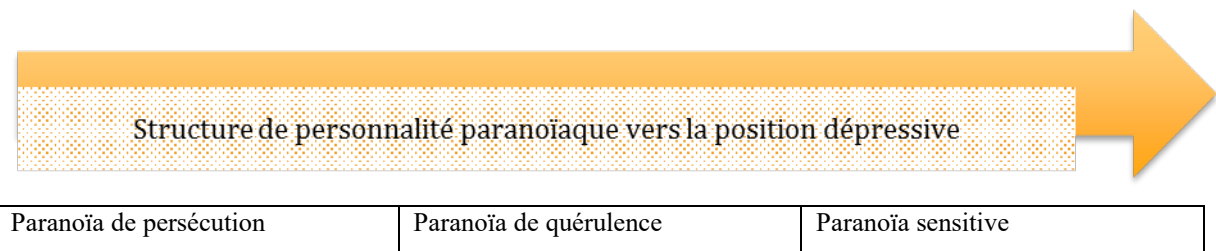
- a) Les **troubles délirants** (« delusional disorders », DD) qui correspondent à la symptomatologie délirante de la structure paranoïaque ;

- b) Les **troubles de la personnalité paranoïde** (« paranoid personality disorder », PPD).

Entités qui correspondent à la version plutôt interprétative de la pathologie paranoïaque et que nous nous proposons de présenter précisément. L'entité a) correspondrait à la version plutôt interprétative/persécutive de la pathologie paranoïaque et que nous nous proposons de présenter précisément dans la perspective psychiatrique. Au regard de notre recherche et des propos de Lagache (1947) sur la nature organique ou forgée de la paranoïa, nous ne pensons pas que les troubles délirants, inscrits dans le spectre schizophrénique, aient pour hypothèse étiologique le support biochimique ; regard que nous ne partageons pas avec certains auteurs en psychiatrie, comme nous l'avons montré, même si nous restons attentive aux recherches actuelles sur cette question (voir recherches José Munoz-Negro et al., 2015). Dans le modèle bergerétien, comme indiqué sur le schéma ci-dessous, il s'agit simplement de la version décompensée : le cristal s'est brisé et cela conduit à la version bruyante de la personnalité, dans sa version pathologique.

L'entité b) correspondrait à la paranoïa de caractère, la version compensée de la

personnalité paranoïaque (Bergeret, 1974). Le cristal ne s'est pas brisé mais les lignes de clivage sont bien inscrites en lui et l'organisent.



Paranoid Personality Disorders

Les travaux sur la personnalité paranoïaque, pour leur part, sont quasi inexistantes comme le fait remarquer Triebwasser, Chereminski, Roussos et Siever (2012), il y a relativement « peu de données probantes publiées pour la fiabilité et la validité de troubles de la personnalité paranoïde ». Ces mêmes auteurs affirment que : « Les chercheurs ont tendance à ne pas étudier la maladie, soit parce qu'il est compliqué de recruter des personnes avec PPD dans les études de recherche, ou (plus probablement) parce que le trait-paranoïa dont beaucoup de patients psychiatriques souffrent a semblé mieux expliquer par d'autres troubles de l'axe I et / ou de l'axe II que par PPD. » (Triebwasser et al., 2012, p. 6).

La caractéristique essentielle du trouble de la personnalité paranoïde dans le DSM correspond à une « méfiance généralisée » et notamment « en la méfiance des autres », de sorte que leurs motivations sont interprétées comme « malveillantes ». Bien qu'ils peuvent sembler être « objectifs, **rationnels**, et sans émotion, ils affichent le plus souvent une gamme labile de l'affect, avec des expressions hostiles, tenaces, et sarcastiques prédominantes ». Leur nature combative et suspecte peut susciter une réponse hostile de la part d'autrui, qui permet alors de confirmer leurs attentes initiales. (A.P.A., 2013).

Parce que les personnes souffrant de troubles de la personnalité paranoïaque manquent de confiance vis-à-vis des autres, ils ont un « besoin excessif d'être auto-suffisants » et ont « un fort sentiment d'autonomie ». Ils doivent aussi avoir un « degré élevé de contrôle sur ceux » et sur ce qui les entourent. Ils sont souvent « rigides, critiques envers les autres », et « incapables de collaborer », même s'ils ont eux-mêmes beaucoup de difficultés à accepter la critique. Ils peuvent d'ailleurs « blâmer les autres pour leurs propres insuffisances ». En raison de leur rapidité de contre-attaque en réponse aux menaces qu'ils perçoivent autour d'eux, ils peuvent

être ergoteurs et fréquemment impliqués dans des conflits juridiques. Autrement dit, nous sommes dans le bain de la paranoïa que Lagache, décrivait, de jalousie, de revendication, voire de quérulence (A.P.A., 2013).

C'est dans des circonstances liées au stress, que les personnes atteintes de ce trouble peuvent éprouver de « très brefs épisodes psychotiques » (durée estimée entre quelques minutes et quelques heures). Menant à une confusion entre troubles de la personnalité et troubles psychotiques, sans savoir vraiment par ailleurs quelle est la différence puisque les troubles psychotiques ne sont pas définis. Dans certains cas, le trouble de la personnalité paranoïde peut apparaître comme « l'antécédent prémorbide du trouble délirant ou de la schizophrénie » (A.P.A., 2013). Néanmoins, il est vrai que les experts appartenant au groupe d'auteurs du DSM-5 ne rompent pas totalement les liens entre le fonctionnement et la structure, chers aux auteurs tels que Lacan (1932) ou Bergeret (1974).

Les personnes atteintes de trouble de la personnalité paranoïaque peuvent développer des « accès dépressifs majeurs » (une forme de paranoïa sensitive ?) et sont enclins à l'agoraphobie et aux troubles obsessionnel-compulsifs. L'alcool et les autres troubles de dépendance (toxicomanie) sont également fréquents. Nous le verrons, mais il est vrai que nombre de nos patients souffrent de troubles de comorbidités. Ces facteurs, surviennent plus couramment, selon les auteurs du DSM-5 (A.P.A., 2013) dans les troubles de la personnalité schizotypique, schizoïde, narcissique, d'évitement et borderline.

La prévalence indiquée dans le DSM-5 (A.P.A., 2013) pour ce trouble est estimée sur la base d'un sous-échantillon de probabilité de l'étude nationale des comorbidités *National Comorbidity Survey Replication*. Dans cette étude, on suggère une prévalence de 2,3 %, tandis que l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les affections apparentées, citée également dans le DSM-5 (A.P.A., 2013), obtient des données qui suggèrent une prévalence du trouble de la personnalité paranoïaque de 4,4 %. Ce qui signifie que la disparité entre les différents travaux est importante et qu'il n'y a actuellement pas de consensus sur les données épidémiologiques en lien avec PPD. Les risques et les facteurs pronostiques sont associés, selon les auteurs du DSM-5, aux troubles schizophréniques puisqu'il existe certaines preuves (A.P.A., 2013) mettant en évidence une prévalence accrue du trouble de la personnalité paranoïaque chez les sujets dont on retrouve chez les parents la présence d'un lien familial avec le trouble délirant (souvent la schizophrénie) et notamment le type de persécution.

Néanmoins, Kendler (1986) a publié un article faisant appel à la logique pour démontrer le biais de confirmation propre à ces recherches, si bien que nous prendrons les hypothèses génétiques du D.S.M. avec beaucoup de précautions.

3.2.3. Delusional Disorders (DD-pure paranoia)

Les principales critiques adressées aux troubles de la personnalité délirante [détails exhaustifs de DD en annexe] concernent sa complexité et son polymorphisme. Selon de nombreux auteurs (Blais et Malone, 2012 ; McWilliams, 2011 ; Skodol, 2012 ; Maâlej, Ben Mahamoud, Fki, Zouari, Rakam, Zouari, Damak, 2006 ; Tiernan, Tracey, Shannon, 2014), cette difficulté aurait rendu le repérage diagnostique de la paranoïa compliqué, ce qui aurait des répercussions néfastes sur la prise en charge des patients concernés, ainsi que pour la recherche scientifique dans ce domaine. Il aurait été nécessaire, selon Fear et al. (1998), de réaliser plusieurs classes au sein même de ce syndrome jugé bien trop hétérogène.

Dans le même temps, Alistair Munro, dans un ouvrage de 1999, reproche aux auteurs du DSM un « réductionnisme opacifiant » qui ne tiendrait pas compte des sous-basements psychopathologiques du trouble (DD). Il déplore notamment que les nombreux travaux des psychodynamiciens aient été considérés avec scepticisme par les auteurs du DSM, et attribue à leur position résolument « simpliste » la responsabilité d'une répétition des conflits déjà rencontrés dans l'histoire de la psychiatrie. On assiste effectivement, à la fin des années 90, à une forme d'émulation réactionnelle productrice d'une suite de modèles.

Munro distingue, dès 1999, quatre sous-types au sein de DD : (i) le sous-type **grandiose**, (ii) le sous-type de **persécution**, (iii) le sous-type **érotomaniaque**, (iv) le sous-type **mixte**. Parallèlement, Alessandro Serretti, Enrico Lattuada, Cristina Cusin et Enrico Smeraldi (1999) mettent en évidence, à partir de l'analyse factorielle qu'ils ont réalisée chez 52 sujets DD, une symptomatologie organisée en 4 facteurs : (i) la **dépression**, (ii) les **hallucinations**, (iii) le **délire d'interprétation**, (iv) les symptômes d'**irritabilité**. Pour Winokur (1991), les principaux troubles cliniques des patients DD sont constitués (i) d'un délire de référence, (ii) de jalousie, (iii) de persécution, (iv) de problèmes sexuels plutôt courants. Pour lui, l'hypocondrie et la grandeur sont rencontrées mais ne sont pas fréquentes.

Plus récemment, dans une étude quantitative S. Martinez-Formoso et al. (2010) ont observé dans leur échantillon constitué de 56 sujets diagnostiqués DD que (i) 67 % des sujets présentent des symptômes de persécution, (ii) 16 % présentent un syndrome mixte, (iii) 16,1 % présentent des hallucinations (le plus souvent auditives). Deux de ces symptômes avaient été retenus au sein de l'échantillon constitué de 66 sujets diagnostiqués DD et étudié par Maâlej et al. en 2006. Les symptômes considérés par ces auteurs comme les principaux types de troubles de référence sont les sous-types : (i) de persécution à 47 %, (ii) de jalousie à 21,2 %.

En outre, nombreux sont les auteurs qui reconnaissent l'hétérogénéité symptomatique des troubles délirants : de fait, le DSM-IV et le DSM-V classifient ce trouble en fonction de sept sous-types d'idées délirantes (types érotomanie, grandiose, jaloux, de persécution, somatique, mixte et non spécifié). Du côté ibérique, Enrique de Portugal et al. (2013) déplorent cette hétérogénéité et considèrent que c'est une erreur de fonder le diagnostic des troubles délirants en se basant uniquement sur les thématiques délirantes.

Maâlej et al. (2006) se sont intéressés, quant à eux, à la population concernée par le trouble délirant et observent que l'hétérogénéité s'applique également à son âge d'apparition. En effet, dans leur échantillon, l'âge moyen des « délirants paranoïaques » (leur manière de renommer les sujets diagnostiqués de DD), au moment du diagnostic est d'environ 42 ans alors que l'âge moyen du premier contact avec le milieu psychiatrique est de 37 ans. Ces résultats concordent avec les données classiques selon lesquelles : « la paranoïa est connue comme étant une maladie de l'adulte jeune ou mûr » (Maâlej et al., 2006, p. 390). Cependant, même si ces troubles sont hétérogènes, Maâlej et al. (2006) observent une convergence au sein de leur échantillon où le taux de sujets ayant commis des actes médico-légaux est particulièrement élevé (42,4 %). Ils notent d'ailleurs que 53,6 % de ces sujets ont été rencontrés dans le cadre d'une expertise pénale

3.2.4. La nature bizarre ou non bizarre des troubles délirants

Esquirol, en 1880, a jeté les bases des troubles délirants en partant de la *Monomanie* de Snell (1865), les rapportant à des sujets ayant malgré leurs délires, une activité logique de la pensée et une très bonne mémoire, et les différenciant ainsi des démences précoces relatives à

la classification de la psychiatrie traditionnelle. Processus définitoire de la paranoïa, progressif, qui nous le rappelons était un recapteur nosographique en son temps en Allemagne. Il n'apparaît pas clairement entre les textes, comme consensus, quel est l'auteur ayant donné en premier son nom à la paranoïa. Si bien que nous suivrons Fear et al., (1998) lorsqu'ils écrivent que c'est à Kahlbaum en 1863, qu'ils attribuent le fait d'avoir suggéré le terme de paranoïa, Esquirol puis Von-Krafft Ebing (1888) évoquent par ailleurs, « l'encapsulation » d'une obsession en une évolution monomaniaque. Nous n'avons réellement réussi, malgré les nombreuses sources, à attribuer cet apport à un auteur précisément en raison de toutes les divergences auxquelles nous nous sommes confrontée dans la littérature... Ensuite, Kraepelin en 1911, dans *Introduction à la psychiatrie clinique* (trad. fr. de 1984) écrit au sujet du délire paranoïaque qu'il est organisé en un **système logique** et **cohérent** et qu'en plus, « les troubles de la pensée sont absents » (Ibid., p. 204). Cette affection ne s'orientera généralement pas vers une « démence précoce » selon Kraepelin (1911) qui rejette l'option d'un délire bizarre dans la paranoïa. Mais Dupré et Lodge, en 1899 (in Hochman, 2015), proposèrent qu'une confabulation paranoïaque pourrait entraîner le repérage de délires « bizarres » au sein de la paranoïa selon Fear et al. (1998). Ce qui met en évidence un manque de consensus au sein de la psychiatrie traditionnelle. De nos jours, ce critère s'avère non opérationnalisable, en réalité, il conduit à couper les cheveux en quatre pour formuler un cas clinique de Kraepelin, par exemple, *l'Homme-cheval*, délire bizarre ou non bizarre ? Il classait pourtant ce tableau au sein de la paranoïa.

Selon les auteurs, Fear et al. (1998), il est compliqué de déterminer si le délire rencontré dans la paranoïa ou dans la schizophrénie est de nature « bizarre » ou non. En outre, comme nous pouvons le constater, cette technique se voulant différentielle donne lieu à des dérives et à des recherches où les auteurs (comme par exemple Enrico Paolini, Patrizia Moretti et Michael T. Compton [2016]) catégorisent les différentes thématiques des délires en plus d'une dizaine de sous-catégories, ne cessant de démultiplier ainsi que de complexifier un modèle à la limite du délirant lui-même... En effet, il nous semble déjà assez complexe de catégoriser les types de délires qu'expérimentent les patients au-delà des principales thématiques rencontrées : érotomanie, persécution, revendication, etc. en prenant pour source un type particulier de fonctionnement et de problématique, sous-jacents, pour vouloir en plus s'appuyer sur une thématique précise. La proposition revient, selon nous, simplement et tout

bonnement à vouloir mettre de l'ordre dans du chaos, ou encore, nous le répétons, à couper les cheveux en quatre, ce qui nous semble impossible au final. Car, comme l'indiquent Fear et al. (1998, p. 395) : « il apparaît pourtant évident que les individus présentant des "délires imaginatifs" seront presque inévitablement soumis à des délires bizarres. » (*Ibid.*)

Enrique de Portugal et al. en 2013 contestent également le choix classificatoire proposé par les auteurs du DSM qu'ils jugent trop contraignant. Leur analyse de la littérature les amène à faire le constat que les différents symptômes observés dans la paranoïa sont majoritairement reconnus comme étant polymorphes de sorte que : (i) le contenu, l'intensité et le degré de compréhension des délires peuvent varier de façon substantielle, (ii) l'association avec les symptômes paranoïdes tels que la méfiance, l'excitation, l'hostilité, la tension motrice et la grandeur est très fréquente, (iii) environ la moitié des patients présente un syndrome dépressif, (iv) au moins un cinquième de l'ensemble des patients éprouve des hallucinations tactiles et olfactives compatibles avec un objet délirant, (v) les symptômes de la personnalité schizoïde et schizotypique ne sont pas rares au sein de ces troubles selon les auteurs. Leur perspective, quoique purement psychiatrique et épidémiologique, est dimensionnelle, ce qui nous permet de croiser nos regards avec le leur. Pour cette raison, nous sommes par ailleurs allée étudier dans un laboratoire espagnol en septembre 2017 et, à l'issue de ce séjour, nous avons écrit un article en soumission à *Journal of Personality Disorders* sur la paranoïa dans la population générale et ses facteurs de comorbidité. Il apparaît clairement que les abus durant l'enfance, qu'ils soient de nature psychologique, physique ou sexuelle, sont des facteurs étiologiques venant renforcer les risques de décompensation paranoïaque. Les résultats seront disponibles dans quelques mois quand ils seront publiés (voir Munoz-Negro, Prudent, Gutiérrez, Cervilla, 2018 [soumis et en cours d'évaluation à JPD]).

Richard P. Bentall, Riahanon Corcoran, Robert Howard, Nigel Blackwood et Peter Kindman (2001) proposent une théorie du délire plus intéressante que le reste de la communauté psychiatrique, dans le sens où ils mettent en lien le délire avec les capacités du Moi à supporter ses propres représentations ainsi que l'écart entre leur Idéal du Moi et les appréciations d'autrui.

Pour conclure, le pont est envisageable avec la perspective psychanalytique au sens où, d'emblée, dans leurs travaux, les auteurs rappellent les travaux de Freud (1911) sur le délire de persécution et leur donnent une place primordiale dans la paranoïa. Nous tendons à

rejoindre leur positionnement, dans le sens où, selon notre conception, le paranoïaque lutte contre une angoisse de la peur de la pénétration à cause de la persécution de ses objets internes le plus souvent fragmentés et toxiques. Bentall et al. (2001) prônent en l'occurrence un modèle intégratif en psychiatrie, plus ouvert à la perspective psychanalytique pour la richesse de ses théorisations.

3.2.5. Éléments de réflexion au sujet de la classification et mise au point en fonction du modèle bergerétien

Ces tableaux très descriptifs de la paranoïa laissent cependant toujours émerger trois formes de paranoïa : la paranoïa délirante, la paranoïa de revendication et la paranoïa de quérulence. Cette dernière forme correspondrait à PPD et la seconde serait éventuellement le type mixte évoqué dans les recherches, puisqu'elle peut être composée d'idées à la fois délirantes mais basées sur des revendications réelles, contrairement à ce que nous enseigne Lagache (1947) (à notre sens). De plus, il ressort apparemment toujours les mêmes critères importants qu'à l'époque de Lacan et Lagache, c'est-à-dire les mécanismes de projection, d'envie et de honte comme intrinsèques et quasi systématiquement décrits dans toutes les nosographies... Sans oublier le recours à l'intellectualisation par lequel nous avons introduit ce sous-chapitre des paranoïas, même s'il n'apparaît qu'en filigrane en général. Les mécanismes défensifs ne sont malheureusement pas encore systématiquement pris en compte dans les recherches alors qu'il nous apparaît que, dans cette entité, ce soit la chose la plus simple à formaliser car leur recours est systématique et nettement observable (déli, projection, forclusion, intellectualisation, identification projective perverse archaïque dans le sens où l'objet est le bâton fécal qui risque de pénétrer le sujet).

Dans une perspective bergerétienne très pratique pour faire le pont avec le modèle psychanalytique, nous pourrions trancher cette question. Les troubles de la personnalité paranoïaques pourraient correspondre à une version plus ou moins compensée de la personnalité sur le continuum normal-pathologique décrit par l'auteur en 1974. La version compensée renverrait au caractère paranoïaque, décrit par l'auteur sous la figure du *petit paranoïaque*, Robespierre étant l'incarnation exemplaire de cette entité selon l'auteur. Dans une perspective bergerétienne, et grâce à la proposition de la lier au modèle kleinien, nous pourrions envisager ces trois facettes de la paranoïa comme les différentes solutions

proposées en fonction des positions dépressives et schizo-paranoïdes. Nous y reviendrons au cours de l'analyse de 5 cas cliniques, mais il résulte qu'une partie revient à des a-structures décompensées, comme le revers de l'incapacité à tenir une position dépressive suite à de graves pertes. En outre, nous formulons l'hypothèse selon laquelle ce qui détermine leur décompensation à cet endroit, et non en mélancolie, tient au fait de leur vécu infantile et des introjectes liés à la position subjective, certes, mais également aux vécus de violence, de maltraitance, etc. Autrement dit, à des événements de vie difficiles et traumatiques archaïques, nous y reviendrons dans l'étude des cas et nous testerons cette hypothèse de travail après l'avoir opérationnalisée dans notre échantillon de sujets paranoïaques (n= 25). La paranoïa de Kretschmer relevant à notre sens parfois de cette configuration (une a-structure décompensée) et parfois d'un caractère paranoïaque, destabilisé sur le point de décompenser car en lutte avec les objets totaux persécuteurs et dans le risque de régresser à la position schizo-paranoïde kleinienne.

La paranoïa de persécution et d'interprétation renvoie selon nous à la version décompensée de la structure de personnalité paranoïaque bergerétienne, là où finalement la question de la position dépressive se profile moins, puisque le sujet est d'ores et déjà en proie aux attaques de ses objets qui oscillent sans cesse entre le total et le partiel comme si l'alternative entre la position dépressive et schizoparanoïde était une solution narcissique adaptative. Mais surtout, soyons-y très attentifs, la fixation à l'objet d'amour de nature homosexuelle semble plus accrue dans ces personnalités, comme l'a indiqué Green (2011). Dans ces configurations délirantes, où le repli de la libido s'est fait sur le Moi, la perte de l'objet interne en cas de pénétration mènera à quasi tous les coups à des phénomènes des processus de dépersonnalisation associés au clivage du Moi et à l'attaque des liens, venant créer la dissociation dans le psychisme du sujet. La lutte de l'ambivalence entre la haine et l'amour semble l'avoir emporté sur la vie psychique, menant à des processus de destruction radicaux dans ces contextes relatifs à ce que la nosographie contemporaine nomme les troubles délirants... Mais comment ces processus s'organisent-ils ? Ce n'est certes pas la psychiatrie américaine de l'A.P.A. qui nous aidera à résoudre ces questions... Penchons-nous du côté de la métapsychologie analytique de la paranoïa, mais avant cela, voyons si l'autre modèle américain, psychodynamique peut enrichir notre connaissance de cette entité.

3.2.6. La paranoïa dans le PDM-1 et PDM-2

Dans la deuxième version du *Psychodynamic Diagnostic Manuel*, PDM-2 (2017, 2nd édition), nous retrouvons la confusion entre les troubles de la personnalité paranoïaque et les troubles délirants car ils sont également séparés en deux sous-entités. Il est important de situer ce manuel dans un premier temps ainsi que de saluer ses ambitions psychodynamiques classificatoires des troubles pour pallier les défauts encore trop nombreux des différentes versions du DSM quant à une investigation qui se voudrait holistique et donc en partie dans l'investigation intrapsychique de la personnalité à visée diagnostique. Le manuel contient trois grandes parties, qui sont l'axe P correspondant aux grandes structures de personnalités, le profil de fonctionnement mental en axe M et en dernier lieu, l'évaluation par l'expérience transféro-contre transférentielle (subjective) au sein de l'axe S. Il s'agit pour nous, européens et psychodynamiciens, d'une réelle offre miraculeuse en termes de potentiel de recherche et de publications anglo-saxonnes dans le but de contribuer à la validation d'un modèle qui consiste et correspond davantage au nôtre par rapport à celui proposé par l'A.P.A.

En 2017, les auteurs de l'axe P sont Nancy Mc Williams et Jonathan Shelder, ils définissent dans un premier temps les concepts de personnalité et d'organisation, comparables à celles de notre modèle théorique, avec l'idée que la principale indication diagnostique générique tient au fait qu'il semble évident que la personne soit en souffrance ou fasse souffrir démesurément ses proches (Ibid., p. 17). Ils indiquent également respecter les préceptes de Kernberg en rapport avec la personnalité borderline et la décrivent également comme un niveau de personnalité au même titre que les autres dans l'axe P. Modèle, qui comme nous le décrivons dans la partie métapsychologique succinctement, se rapproche grandement du modèle bergerétien qui comprend également les a-structures pouvant être comparées aux troubles boderlines dans la langue de Shakespeare.

Au sein du niveau psychotique, les auteurs du PDM-2 (A.P.O., 2017) présentent d'emblée comme premier observable de l'organisation psychotique, les pertes des liens à la réalité avec la ferme conviction que les « choses négatives » sont attribuées à l'extérieur systématiquement. Les auteurs écrivent que « le niveau psychotique de la personnalité implique une pauvre capacité à différencier soi d'autrui, une faible capacité à discriminer ses fantasmes de la réalité, ainsi qu'une faible capacité à établir un lien de confiance et le tout

associé à des défenses archaïques et primitives » (A.P.O., 2017). Ils situent donc les niveaux importants que l'on retrouve dans le modèle bergerétien, en dehors de l'aspect économique éludé, quoique lié au niveau défensif évidemment... Mais les auteurs ne semblent pas travailler la question des stades de développement libidinaux contrairement à nous, ce qui nous semble relativement dommage.

Dans ce modèle, les troubles paranoïaques graves sont classés dans l'organisation psychotique de la personnalité ; en revanche, ces mêmes troubles, plus atténués, sont confondus dans le niveau borderline. Avec l'idée que la dynamique transférentielle (3^{ème} axe) doit permettre au clinicien de faire le différentiel. Page 48 du manuel anglais (seconde version, 2017), les auteurs décrivent la personnalité paranoïde (paranoïaque) et indiquent très explicitement ce que nous venons d'avancer, c'est-à-dire que ces troubles peuvent s'inscrire dans le noyau psychotique de la personnalité comme dans le noyau borderline. Les auteurs reprennent la question de la honte et formulent le postulat selon lequel les attaques paranoïaques du sujet relèveraient de la peur d'être eux-mêmes attaqués et tournés en ridicules. Il est évident que nous nous situons plus loin de la position de Lagache (1947), néanmoins très honorable, que de la position freudienne. Les auteurs insistent aussi sur la rigidité essentielle des troubles paranoïaques, ainsi que la nature de leurs réactions émotionnelles où peut se déployer une **haine féroce**.

La posture qui nous permet de tirer un fil vers notre modèle théorique revient à la prédisposition labile des personnalités dans la perspective du PDM, dans le sens où, les auteurs l'écrivent, les sujets peuvent osciller sur le continuum normal-pathologique en fonction de la capacité de leur Moi à se défendre des attaques externes et internes. De plus, assez étrangement, dans la deuxième version du PDM (A.P.O., 2017), les auteurs semblent exclure que les délires puissent émaner d'une personnalité paranoïaque puisque rien n'est prévu en plus de la personnalité décrite préalablement. Les délires sont automatiquement identifiés à la schizophrénie et aux troubles délirants rangés dans le spectre des schizophrénies également, à notre grand désarroi, oserons-nous dire... Néanmoins, ils envisagent la possibilité que les troubles délirants soient associés à ce que nous appelons communément les « *psychotic-border* », autrement dit, les états-limites de bas niveaux chez Bergeret (2014), venant à nouveau renforcer son modèle, tels que ceux que nous avons décrits en amont, souvent assimilés également à des formes de paranoïas sensibles de Krestchmer

(1919). Venant, pour cette part du labeur, tendre à valider notre hypothèse en ce qui concerne les a-structures qui décompensent selon les aléas rencontrés sur leur chemin, dans une paranoïa de nature, elle, sans aucun doute, psychotique... Nous allons confronter ces questions au modèle bergerétien.

3.3. Approche métapsychologique de la paranoïa

Dans la perspective de croiser le regard structuraliste bergerétien à ceux énoncés en amont, nous présentons sa théorie de la paranoïa et développerons ensuite les perspectives de la clinique psychanalytique qui nous ont influencée et nous auront parues pertinentes dans ce maillage théorique transnosographique. L'aboutissement de cette démarche venant s'inscrire dans le tableau 3 récapitulatif des nosographies de la psychose dissociée.

3.3.1. Retour sur le modèle bergerétien

La personnalité paranoïaque est « caractérisée cliniquement par la surestimation de soi-même et le mépris des autres ». Dans ces structures :

« "plus évoluées que les précédentes" (schizophrénie et schizophrénie paranoïde), le Moi est apparemment constitué comme existant (je dis bien apparemment) mais il ne peut admettre l'existence objectale que dans la mesure où l'objet lui permet d'assumer la toute-puissance de son contrôle sur lui. » (Dubor in dir. Bergeret, 1972, p. 204).

De la perspective de la structure de personnalité paranoïaque, l'objet ne peut être considéré pour lui-même, il n'est jamais qu'un instrument qui ne serait « pas séparé de son créateur ». (Ibid. p. 206). Le paranoïaque clive la bonne partie de lui-même de la mauvaise « à condition qu'il en contrôle la répartition des biens en s'adjuant à tout prix ce qui est bon », il est ainsi de nature dissociée. (Ibid., p. 206). Il n'y a alors qu'un « sujet poubelle » et un « sujet parfait » pour le paranoïaque qui ne peut « s'ériger en entité séparée » qu'à la condition d'être « la meilleure partie de ce système ». (Ibid., p. 206).

Le paranoïaque doit éviter à tout prix la rencontre :

...affective et engloutissante avec cette dernière [la mère] jugée beaucoup trop dangereuse car encore trop importante. Il défend ainsi la fragilité de son autonomie récente par la projection rejetante (Ibid.).

Le choix *homosexuel* préférentiel de ces sujets est en fait un choix intermédiaire et pour ainsi dire un passage entre le narcissisme ou « l'amour de soi-même » et l'amour objectal. Le paranoïaque est faible sous des apparences fortes assurées, « son orgueil incommensurable est pathologique » selon Pierre Dubor (1972) et son mépris des autres, qu'il observe avec une « curiosité méfiante », est « impressionnant ». « Inapte à tout désir qu'il considère comme dangereux » le paranoïaque essaiera sans cesse de se faire confirmer dans « sa bonne conscience par autrui : il n'aura pas à découvrir ainsi son désir d'être aimé ». Dans cette vision, le paranoïaque est hyperstructuré et systématisé dans ce que l'on pourrait décrire comme « une carapace caractérielle rigide ». (Ibid.).

3.3.2. « Le caractère » dans le modèle structuraliste psychanalytique bergerétien

Bergeret (1974, p. 183-184) distingue le « caractère » qui correspond à l'émanation de la structure dans la vie relationnelle et qui constitue le témoignage de la structure de base de la personnalité. Il se situe à la jonction entre les exigences pulsionnelles et le monde extérieur. La constance du caractère dépend aussi bien des données « innées du Moi » que des « facteurs acquis très précocement et plus tardivement » qui comportent les « inévitables avatars du développement individuel » dont « le caractère suivrait les contorsions plus ou moins archaïques ». (Bergeret, 1974, p. 174). De la même manière que la structure, le caractère « pourra ou ne pourra pas se dégager de la relation fusionnelle », puis duelle (anaclitique), puis triadique (stade phallique), puis triangulaire (complexe d'Œdipe). (Bergeret, 1974, p. 185).

3.3.2.1. Les caractères psychotiques

Selon Bergeret (1974), certaines études statistiques sérieuses font état d'une proportion de l'ordre des 30 % de structures psychotiques dans une population européenne courante, de sorte que l'auteur (1974), sur la base d'un modèle quasi-dimensionnel de la personnalité, avance l'idée selon laquelle un bon nombre de sujets psychotiques ne produiront jamais de symptômes de psychose pendant toute leur vie et écrit que ces derniers : « s'arrêteront heureusement à un stade d'adaptation relationnelle de leur structure, de statut seulement caractériel ». (Bergeret, 1974, p. 204).

Ainsi, lorsque l'on observe le profil anamnestique d'un patient psychotique décompensé sur le tard, nous pouvons observer antérieurement à l'apparition des symptômes (correspondant à la décompensation psychique) des éléments prépsychotiques correspondant à des traits de personnalité pré-morbides. Les *psychotypes de Kretschmer* (1948), les *introvertis de Jung* (1970), les *schizothymies de Bleuler* (1920) etc. sont autant de formations caractérielles correspondant à des structures de personnalité non décompensées selon Bergeret (1974, p. 205).

Il faut toutefois garder à l'esprit que les a-organisations limites peuvent également décompenser sur un mode psychotique. Dans ce cas, le caractère qui correspondrait à un mode d'entrée dans la structure psychotique serait relatif à un mode caractériel simplement « narcissique » et non à un caractère psychotique déjà établi sur le fond d'une structure de base psychotique. (Bergeret, 1974, p. 205).

3.3.2.2. Le caractère paranoïaque

Bergeret attire l'attention sur le fait « qu'il est souvent difficile de distinguer ce qui constitue un "caractère paranoïaque" de ce qui appartient déjà à des manifestations paranoïaques morbides ». (1974, p. 210)

Les principaux éléments qui dominent dans un tel mode de caractère touchent aux défaillances narcissiques primaires induites généralement par une mère qui a transmis une « image narcissique gigantesque » d'elle-même à travers la « représentation-cible » principale de l'image paternelle (afin de se restaurer elle-même narcissiquement). (Bergeret, 1974, p. 212). Ainsi il apparaît clairement que les enjeux égologiques sont au cœur de la dialectique mère-fils chez le paranoïaque, et où le père ne peut intervenir comme une figure de tercéité car il est représenté comme un idéal magistral inatteignable et de toute-puissance.

Il n'y a pas d'identification valable avec le parent de même sexe, demeuré tout-puissant. Le caractère paranoïaque doit se défendre contre cet adversaire présumé, dont accepter l'amour serait considéré comme se soumettre à la castration phallique-narcissique et à la dégradation homosexuelle passive (Bergeret, 1974, p. 213).

Concernant le diagnostic différentiel, Bergeret insiste sur le fait que tout comportement qui ne présenterait pas la défense particulière contre l'homosexualité ne devrait

pas être confondu avec l'authentique caractère paranoïaque. De plus, les manifestations apparentes du caractère paranoïaque, ne doivent pas être confondues avec la perversion du caractère car la méfiance est présente dès l'échelon caractériel et prépare les impressions de persécution, d'isolement et de susceptibilité connues chez le paranoïaque. La logique dont le caractère paranoïaque est épris le pousse en outre parfois à commettre des erreurs de jugement. L'alternance entre les mouvements égocentriques et pseudo-altruistes est soutenue par une inadaptation sociale de ces sujets qui se trouvent en fait, « souvent isolés dans la vie ». Enfin, Bergeret (1974) considère la *personnalité sensitive* de Kretschmer, confondue avec la paranoïa, comme un mode d'organisation à ranger du côté des états-limites, dans les a-organisations, quand un certain nombre des psychopathies de la littérature classique sont, selon l'auteur, à ranger dans le cadre des caractères paranoïaques.

3.3.3. Distinction entre pré-psychose et paranoïa

Dans le cas du caractère paranoïaque, l'adaptation extérieure est remarquable et même dans des situations extrêmement compliquées. La prépsychose en voie de décompensation ne dispose pas d'aménagements caractériels assez solides de sa structure. Dans la prépsychose nous observerons une perte profonde des liens à la réalité sous-couvert de défenses diverses et d'adaptations à la réalité « rustines ». Le caractère psychotique lui, tient l'autre éloigné affectivement, ce qui lui permet de se maintenir sur pied. Il possède des ressources de composition avec les réels (internes et externes) authentiques pour n'avoir point besoin de poser une « néoréalité » sur mesure comme dans le délire paranoïaque. (Bergeret, 1974).

3.3.4. La fixation anale dans la paranoïa

Dès 1911, Freud met en évidence la fixation anale, dans une perspective psychogénétique, les désirs homosexuels refoulés dans la paranoïa. Ce n'est cependant qu'en 1920 qu'il assoira ce concept dans la paranoïa, et ce, dans le sens où en 1915 il s'y tentera une première fois. Le deuxième texte traitant de ce cas est donc nommé : *De la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine*. A travers cette vignette clinique, d'une jeune fille de 18 ans, Freud démontre son homosexualité acquise. Il y évoque à l'occasion la question de la différence entre l'hermaphrodisme physique (inné) et l'hermaphrodisme psychique (acquis) et plus qu'une inversion du choix d'objet selon l'auteur, il s'agit d'une inversion de la position

du sujet, qu'il qualifie de « masculine ». L'explication que fournit Freud (1920) est la suivante : « la jeune fille se trouvait dans la phase de ravissement du complexe d'Œdipe infantile lorsque la désillusion s'abattit sur elle » (Freud, 1920, PUF 1996). C'est dans la réalisation du crime d'inceste que Freud perçoit le repli de la sexualité de la jeune fille, que la désillusion concerne tant « l'amour pour l'homme et le rôle féminin en général ». De là Freud nous indique qu'elle se « transforme » psychiquement en homme... sur la base de l'amour antérieur à la mère.

Dans le volume chez PUF des textes entre 1914 et 1915, Freud traite la question de l'érotisme anal dans un cas de névrose infantile qui n'est autre que le cas de L'homme aux loups, nous l'avons reconnu... Il rapporte dans un premier temps que l'argent, monnaie d'échange, renvoie aux excréments et se trouve être le produit de la zone anale. Freud présente en l'occurrence le cas d'un patient qui vient d'hériter de son père, devenant très riche. Or, Freud est interpellé par son ingérence totale du patrimoine familial, l'homme semble n'avoir aucune notion des principes de gestion de base. Néanmoins de violents conflits opposent cet homme à sa sœur qui préférerait le voir mort (et inversement) que de devoir partager l'héritage qui leur revenait pourtant à tous deux. Or, le patient de Freud contracta une maladie intestinale et il arriva à l'homme de se soulager aux toilettes d'une violente envie de déféquer lorsqu'il se reprochait de ne pas avoir partagé avec d'autres membres de sa famille et regrettait ne pouvoir donner davantage... Freud pose cette question cruciale :

Les symptômes intestinaux ne reposent-ils pas sur la croyance plus ancienne, en contradiction complète avec l'angoisse de castration, selon laquelle l'issue de l'intestin serait l'endroit du commerce sexuel ? (Freud, 1988, p. 75).

Le Père de la psychanalyse revient pour son élaboration théorique, sur *L'homme au loup*. Il y indique qu'à travers l'étude de ses « phobies », il s'est attaché à comprendre d'une nouvelle façon l'« acte sexué ». Mais Freud tient au fait qu'il s'agit là des effets du refoulement et non d'un « rejet », il explicite que la « position féminine envers l'homme » se retire sur la symptomatologie intestinale « et se manifeste dans les diarrhées, douleurs et constipations intestinales de l'enfance ». Freud nous apprend également, qu'à « un stade ultérieur du développement sexuel, l'excrément prend la signification de l'enfant » et il pose

la question suivante : « L'enfant n'est-il pas mis au monde par l'anus ? » (Ibid., p. 79). Selon lui la « signification-cadeau » de l'excrément prête à cette confusion.

Freud se penche à nouveau sur le cas Schreber et écrit qu'il repère la présence d'une « signification-excrément » ce qui éclaire pour lui toutes les « pensées de contraintes qui devaient nécessairement mettre Dieu en liaison avec l'excrément » et signifiaient autre chose que de la diffamation au final. Il écrit : « elles étaient bien plutôt d'authentiques résultats de compromis auxquels avaient part un courant de tendresse et de dévotion autant qu'un courant d'hostilité majeur » (Freud, 1915b, trad. 1988, p. 81) en d'autres termes, selon Freud lorsque Schreber fantasme de « chier sur Dieu », il entend « chier quelque chose pour Dieu » aussi quelque part, comme souhaitant lui offrir « un enfant en cadeau ». Or, l'abandon de l'excrément pour l'amour d'un objet est le prototype de la castration, c'est le premier pas, selon Freud, du renoncement de son corps propre... Même s'il s'agit de gagner les faveurs d'une personne, Freud écrit que ça ne va pas sans « l'amour narcissique que l'on porte à son pénis ». Or, il est selon Freud tout à fait indubitable que le père soit pour l'enfant le « personnage effrayant » de qui provient la menace de castration, le « Dieu cruel » des origines.

Bergeret (1974), Stärke (1932 in Rosenfeld [1949]) et Abraham (1912) avant lui, ont rejoint Freud sur la question du bâton fécal et sur l'origine de l'angoisse de persécution dans le contexte paranoïaque. Le sujet est persécuté par la menace de pénétration et d'effraction par la voie anale, sûrement.

3.4. Pistes de recherche et ouvertures sur la théorie des pulsions en partant de la problématique de la scène primitive

Selon Freud (1915²⁵), dans *Pulsions et destins des pulsions*, le « moi hait, déteste, poursuit avec l'intention de détruire tous les objets qui sont pour lui sources de sensations de déplaisir » (Freud, 1915, p. 40). Freud (1915b) soutient en outre que les prototypes de la haine

²⁵ La version utilisée du texte correspond à la traduction de la Métapsychologie aux éditions Gallimard publiée en 1968.

proviennent de la lutte du Moi pour la conservation et l'affirmation, mais en maintenant cette précaution définitoire primordiale selon laquelle elle ne peut être invoquée en tant que sentiment qu'à partir du moment où les relations du Moi se font rapport à un objet total ; en aucun cas il ne faudra l'utiliser pour « la relation des pulsions à leurs objets ». (Ibid., p. 39). C'est à cette occasion qu'il introduit la différence entre « aimer l'objet » et « avoir besoin » de l'objet qui correspond davantage selon nous à une phase d'anaclitisme. Il distingue donc la force de l'ambivalence pulsionnelle et les forces contraires de haine et d'amour, même si elles ont la même origine : la pulsion de vie et la pulsion de destruction.

Si bien que la question qui se pose, quant à notre recherche, relève d'un continuum au niveau d'un « stade purement narcissique » décrit par Freud (1915), relayé par un stade de l'objet qui permet l'accès « à la formation de deux sens opposés : **aimer-haïr** » (Freud, 1915, p. 38) ou d'un stade encore antérieur où les pulsions dominent le Moi fragmenté de n'avoir réussi à unifier l'objet. Le Père de la psychanalyse l'indique, c'est en progressant dans la compréhension de « la permanence des stades intermédiaires » que l'on retirera quelque chose du développement de la pulsion. En outre, même si l'héritage archaïque semble conditionner la vitalité de ces forces ambivalentes, cela ne nous indique pas pour autant pourquoi certains stades censés être intermédiaires deviennent « permanents » comme l'indique Freud (1915).

C'est à cet endroit, dans *Pulsions et destins des pulsions* (1915), que Freud nous enseigne que l'intensité, et peut-être la qualité, des forces ambivalentes pulsionnelles tiennent leur héritage dans la vie archaïque et sont correspondantes à la notion de transmission phylogénétique qu'à introduite Bergeret (2010) dans *La violence fondamentale*, comme présenté précédemment dans la partie consacrée à la métapsychologie des schizophrénies. Bergeret (2010) - et même Laplanche (2007) à travers la proposition de pulsion sexuelle de mort - propose la problématique d'une castration originaire qui engendre des fantasmes originaires repérables en clinique et sur lesquels nous allons donc nous pencher après une étude approfondie de la théorie des pulsions dans la première partie de cette revue. Or, comme Daniel Widlöcher l'indiquait déjà en 1986 dans l'ouvrage *La métapsychologie du sens*, la théorie métapsychologique correspond à l'étude des pulsions. Nous poussons ainsi notre raisonnement plus loin et nous intéresserons à partir d'ici à l'origine de ces pulsions ainsi qu'à leurs effets originaires, toujours dans le but de comprendre les psychoses dissociées et plus spécifiquement la paranoïa, dans la droite lignée de notre réflexion initiale concernant

les schizophrénies et les motions pulsionnelles. Partons de la différence anatomique originaire, telle que Bergeret (2010) nous invite à le faire, et questionnons-nous sur le féminin *versus* le masculin, tant évoqués par Freud (1915).

3.4.1. Qu'est-ce que le féminin ?

Catherine Chabert (2007), dans le *Féminin mélancolique*, amène l'idée que l'assomption de la castration originaire tient à la scène primitive, elle n'est possible que dans la position « passive » dite féminine :

*Par où commencer... sinon par les constituants de la réalité psychique, par les organisations que sont les **fantasmes originaires**. Peut-on contester la **position passive** qu'ils assignent tous au sujet, à l'enfant, du moins dans le modèle névrotique de leur construction ? La scène primitive, d'abord, et la place première de l'enfant en détresse, de son exclusion, de son excitation face au spectacle, au vu et à l'entendu... (Chabert, 2007, p. 27-28)*

Nous louons Chabert de redonner toute son importance à la **scène primitive** et nous la rejoignons lorsque, selon elle, c'est « la mise à l'écart » et « le sentiment d'impuissance » associés à cette scène qui engendrent, chez l'enfant (en cours de développement harmonieux), la fiction de la scène de séduction (selon laquelle les adultes séduisent l'enfant qui est en position passive d'être séduit permettant ainsi de conserver l'innocence de l'enfant). Si cette scène demeure trop effractante et que l'excitation ne peut être partiellement reconnue comme venant de l'intérieur, alors la transformation en position de passivité de type « féminine » peut échouer, venant poser les premiers jalons du déni originaire de la différence des sexes originaire. De cette collusion échouée, il nous semble qu'émerge le fantasme d'auto-engendrement dont dépend l'omnipotence ainsi que le déni des origines décrit par Racamier en 1992 et travaillé dans notre manuscrit en amont. C'est dans le passage à la position de passivité dont nous faisons le lien avec le travail du négatif selon Green (2011), que Chabert (2007) repère, face à la scène primitive, le profilage de l'enchâssement des filets de la castration. Or, si la différenciation Moi-non Moi n'est pas établie à ce moment-là, il se peut que la sécurité acquise grâce à la position de passivité ne soit pas envisageable car le sujet ne peut être passif que vis-à-vis d'activités externes ; même si au fond le Moi est actif par ses pulsions. Au sujet des psychoses, Chabert nous indique qu'elles « expulsent le dedans dans le dehors » dans un processus défensif (déni, omnipotence, projection) et sont en mesure de

mettre en scène en réalité un scénario organisé de la scène fantasmatique originaires. « La scène existe mais elle est en partie occupée par des fragments de la réalité externe qui vient pallier les vides d'une réalité interne qui ne s'éprouve pas comme telle ». (Chabert, 2007, p. 33). Nous pouvons ainsi comprendre la scène primitive originelle comme venant déposer les premiers poids de la charge de la castration dans ce qu'elle interdit et renvoie comme culpabilité par rapport au crime d'inceste ; et si le développement est harmonieux, cette assumption se déroulera en trois phases, décrites et situées par rapport au texte *Un enfant est battu* (Chabert 2007, reprend Freud, 1919). L'assumption de la symbolique de la castration serait donc longue et sinieuse et les effets de l'échec de cette symbolisation nous sont renseignés en se fondant sur les cas les plus complexes de la psychanalyse, comme celui de *L'homme au loup* (Freud 1911), qui nous le rappelons est décrit par Green (2011) comme une paranoïa. Nous avons tous en tête l'image du doigt coupé de *L'homme au loup* suite à la vision de la scène primitive, comme réaction à cette première phase de symbolisation de l'assumption, par une impossibilité au retournement en position passive, dite féminine par Freud mais prise avec beaucoup plus de précautions par Chabert (2007). En effet, Chabert (2007) n'admet pas la comparaison établie féminin/masculin et passif/actif et rappelle à nos mémoires le fait établi que Freud a fini par se défaire de cette équivalence. La position passive se réalise dans un développement harmonieux en réaction à la peur de la perte de l'objet. Il nous semble donc toucher du doigt notre problématique, car si l'objet n'est pas total, selon nous, comment la peur de le perdre pourrait se déployer ? Chabert (2007) écrit :

Ce qui m'intéresse dans les fantasmes originaires ne relève pas seulement du contenu des scènes et de leur emboîtement singulier, en deçà du manifeste discours, ces contenus s'imposent à l'écoute de l'analyste parfois de manière trop attendue, trop convenue. (Ibid., p. 31)

Nous rejoignons à nouveau l'auteure (Chabert, 2007), pour la pertinence de ses propos, car, **dans les psychoses, les théories de la sexualité semblent nous échapper** ; même s'il s'agit pourtant bien d'aménagements fantasmatiques originaires de cette sexualité. La manière dont le psychisme va traiter l'excitation dans ces structures nous intéresse, notre sujet est bien là. Or, comme l'écrit Chabert (2007), « quel que soit leur mode de transmission, leur présence convoque un ensemble de conduites psychiques » qui sous-tendent les rapports entre représentations et affects, ce qui s'exprime le mieux au Rorschach et dans le protocole de nos patients, comme nous le verrons.

3.4.2. Résumé intermédiaire

Nous avons déjà largement questionné la pulsion de « mort » (dans la partie Métapsychologie des schizophrénies), avec l'idée sous-jacente qu'elle joue un rôle majeur dans l'organisation psychotique, voire dans l'arrêt du développement psychique de l'enfant. Néanmoins, nous avons repéré de nombreuses ambiguïtés, voire des paradoxes concernant cette dernière dans la théorie freudienne et post-freudienne. Chez Green (2011), dans *Le travail du négatif*, la pulsion de mort correspond à la tendance à délier et éteindre, elle est le négatif de toute chose, et somme toute relative aux premiers instants du narcissisme, dans ce qu'il inaugure du concept de « narcissisme de mort » et de son double le « narcissisme de vie » en 1983 (comme présenté précédemment). Laplanche (2007) fait cette proposition de nommer la pulsion tant décriée : « pulsion sexuelle de mort », or, au regard des propositions (Chabert, 2007 ; Bergeret, 2010) d'étudier les **fantasmes originaires** nous nous sommes penchée sur la mythologie grecque, qui fut en son temps une source d'inspiration incommensurable pour Freud de par le fait qu'il s'agit d'un discours sur nos origines. Avec l'idée irrépressible que le mythe d'Eros et de Thanatos, sur lequel se fonde la conception de la pulsion de mort et de la pulsion de vie la plupart du temps, nous semble davantage adapté à une perspective patrilinéaire, autrement dit, lorsque la paternité est déjà reconnue. Or, il semblerait qu'il n'en fut pas toujours ainsi au regard de la mythologie. Il nous semble à cet effet intéressant de nous pencher sur *Le Mythe de Pélasge de la création* (in Graves, 1967, p. 39). Ce mythe est aux origines, dans une perspective matrilineaire, effacé ensuite au profit d'une perspective où la paternité est reconnue.

3.4.3. Le mythe de Pélasge de la création

Dans le mythe de la création initial et originaire (car venu en premier selon l'historien et poète Graves, 1967), il y a d'abord la Déesse de Toutes Choses, Eurynomé, sortie du chaos, la déesse danse entre ciel et mer pour se réchauffer, elle dédouble d'ailleurs les deux. Suite à quoi émerge du vent du Nord et de sa danse le Grand Serpent Ophion. Eurynomé et Ophion fécondent tout deux l'Oeuf Universel. Contrairement à la vision de l'Ancien testament selon laquelle Eve a croqué dans la pomme, ici Eurynomé danse pour se réchauffer et cela déclenche du désir chez Ophion uniquement, qui la pénètre. Ils montent ensemble sur le Mont Olympe, mais lorsqu'Ophion se prétend le Créateur de l'Univers, Eurynomé l'écrase d'un

coup de talon avant de l'envoyer aux Royaumes souterrains. Eurynomé assène une castration non symboligène en réalité à Ophion et les verbalisations qui entourent cet acte tendent à nous le confirmer : « elle lui écrasa la tête avec son talon, lui brisa les dents et l'exila dans les sombres cavernes de dessous la terre » (Graves, p. 40). La femme comme créatrice de l'univers était bien aux origines de la mythologie grecque même si ensuite elle a été remplacée par une **vision patrilinéaire** où Ouranos prend la place de la Déesse de Toutes Choses. Selon Graves, cette conception est fondatrice de notre humanité et elle remonte à la période de la Mésopotamie. La **vision matrilinéaire** étant fondée sur l'ignorance totale du père, tel le vent venant féconder la jument, ce sont les éléments qui sont aux origines et enfantent la vie en s'accouplant avec la déesse de Toutes Choses... Notre postulat de la castration dans le réel (le réel est un ordre particulier chez Lacan comme nous le verrons, 1956), projetée dans ces mythes tend à se renforcer au regard de l'histoire secondaire, qui vient juste ensuite, dans cette même lignée originaire matrilinéaire, selon laquelle Ouranos, fils de la Déesse est castré par Cronos (un des 7 Titans mis au monde par Ouranos), dont il jette les organes dans la mer près du Cap Drépanon, et dont les gouttes de sang écoulées de la blessure tombent sur la Terre-Mère et viennent la féconder donnant ainsi naissance aux Trois Érinyes (furies qui vengent les parricides et les parjures). Cronos épousera ensuite sa sœur... Cronos est le « *Père de la mort* », selon nous et par inférence, car il dévore ses enfants, de peur qu'ils ne lui volent son trône, tel que l'oracle l'a annoncé et aussi, et surtout, fait d'une logique implacable (contrairement à Hadès qui est placé là contre son grès, rappelons-le-nous !) parce qu'il est le maître du temps... Le temps qui passe nous rapprochant un peu plus de notre destin qui est... d'être mortel. Or, si Cronos dévore ses enfants, ceux-là, tels Zeus réussirent à déjouer le Dieu de la mort. Benjamin Levy a communiqué le 19 décembre 2017 (ENS, rue d'Ulm, Paris) sur le Masochisme dans les psychoses, il nous a inspiré puisqu'il a inauguré le premier la référence à Cronos pour la pulsion de destruction en comparaison à la pulsion de vie ce jour-là.

Eros, autrement appelé Phanès en cette époque, tient une place princeps dans cette description mythologique, il apparaît comme l'Œuf d'Argent, le premier Dieu sur Terre, et celui qui mit en marche l'univers. Eros est décrit comme volatile, plein de vie et destructeur « jetant des flèches à tout va ».

3.5. Résumé-conclusion

Tenons-nous-en-là, pour l'instant, mais si nous comparons cette phase originare de la mythologie à la phase suivante patrilinéaire dans laquelle est développé le mythe d'Hadès venant enlever Perséphone (ou Coré) à Déméter, la question de la triangulation semble se dévoiler. Hadès a pris soin, en amont de demander son autorisation au Père Zeus, et entendons-nous bien, c'est par amour que le Dieu des royaumes souterrains fait cela... ! Il tombe éperdument amoureux de la belle Perséphone, il ouvre la Terre en deux pour la faire venir à lui, elle qui devra se résoudre à vivre six mois avec sa mère sur la Terre (le printemps et l'été) et six mois en compagnie de son mari, dans le royaume des morts. Il ne fait peu de doutes selon nous que cette représentation de la pulsionnalité soit de nature oedipienne, tous les ingrédients y sont réunis en son sein, la triangularité Déméter, Hadès et Perséphone, l'amour oedipien, car Hadès sage malgré sa fougue demande son accord au Père et le compromis est acté, aboutissant en partie au sacrifice de soi comme dépassement du stade de l'ambivalence... Pour autant, comment associer ces mythes aux fantasmes et aux problématiques fondamentales de nos patients psychotiques, chez qui le père, et même allons plus loin la paternité, ne semble pas exister dans le symbolique même si quelque chose de l'ordre de l'imaginaire peut se loger et s'y jouer... La preuve nous semble émerger de la solution paraphrène opérée par Schreber, qui rêve (valence du positif) d'être la « putain de Dieu » (Freud, 1911) dans une position de passivité hallucinée (valence du négatif). À savoir que ce terme de « putain » ne peut exister que dans le cas où l'accouplement avec quelque chose de l'ordre de la figure paternelle soit représentable dans l'imaginaire, car la Déesse de Toutes Choses elle, entre fusion avec les éléments, elle est bien au-dessus de tout et ne peut souffrir l'idée d'assouvissement à une figure quelconque de paternité (elle écrase Ophion quand il ose se vanter de la création de l'univers), quelle qu'elle soit. Enfin, les mots employés par la mythologie nous semblent primordiaux, la chose, la *Das-Ding*, reformulée par Lacan dans le séminaire les psychoses (1956), vient signifier selon lui chez Freud le pénis maternel. Il opérera une transformation (entre le séminaire III et le séminaire IV) révolutionnaire du concept en désignant cette chose comme l'objet petit a. C'est sur la base du stade du miroir qu'il fonde et inaugure sa théorie sur laquelle nous allons à présent nous pencher, mais gardons à l'esprit comme fil conducteur que la question de la castration féminine, et donc de la différence des sexes originare, est au centre des théorisations

lacaniennes. Ouranos est châtré dans le second temps du mythe matrilineaire et du sang qui s'écoule de ses plaies naît la vie... Le sang dans la mythologie grecque mais aussi dans l'Ancien Testament représente la fertilité et la vie, pas le sperme issu des organes génitaux masculins.

3.6. Le stade du miroir et la castration féminine

Dans le chapitre d'ouvrage intitulé *La métaphore paternelle comme « carrefour structural » de la subjectivité*, Joël Dor met en lumière tout le potentiel du concept de la métaphore paternelle, qui, comme nous l'avons vu, n'était pas forcément nécessaire à la création de l'univers, ou plutôt aux représentations mythologiques qui ont découlé. La question du Père ne serait pas arrivée d'emblée dans l'histoire des origines de l'humanité. Dor (2002) appelle notre attention, évidemment, en tant que structuraliste bergerétienne qui questionne le modèle des psychoses par les observations au Rorschach.

Le Stade du miroir est décrit par Lacan en deux occasions (Conférence prononcée au XIVème congrès psychanalytique international de Marienbad le 28 août 1936) dont l'une dans le séminaire III (1956). Le séminaire *Les psychoses* est en réalité une étude dédiée à la paranoïa, comme nous pouvons le constater tout au cours des cas cliniques exposés, par exemple à travers l'étude de délire à deux, de L'homme aux loups, ou de Schreber, à propos duquel Lacan écrit : « on met en fonction le fait que Schreber n'a pu satisfaire son ambition, dans l'autre qu'elle a été **comblée en dehors** » (p. 40). L'ambition dont parle Lacan qui revient en dehors, c'est la question de la fonction paternelle, il écrit :

Que le Président Schreber n'ait pas eu d'enfant, on en prend acte pour assigner à la notion de la paternité un rôle primordial. Mais on pose en même temps que c'est parce qu'il accède finalement à une position paternelle, que du même coup la crainte de la castration revit chez lui, avec une appétence homosexuelle corrélative. Voilà ce qui serait directement en cause dans le déclenchement de la crise et entrainerait toutes les distorsions. (Lacan, 1956, p. 41)

En outre, Bergeret a profilé à notre savoir les déclenchements du narcissisme primaire tels qu'ils se développent (2010, p. 3) en trois étapes :

→Auto->érotique-narcissique->homosexuel->...

Lacan (1936, 1956) envisage le narcissisme plus spécifiquement au sein du stade du miroir comme le point d'ancrage permettant la structuration du « Je ». Dör (2002) nous enseigne que ce « Je » issu du stade du miroir vient mettre un terme au « *fantasme du corps morcelé* ». Ce stade se déroule en trois mouvements selon Dör (2002, p. 101), le premier est la phase du miroir qui est connue pour mettre l'enfant en soumission d'aliénation totale à l'image ; le second mouvement est marqué par la découverte subreptice que l'autre dans le miroir n'est pas un être réel mais une image, il sait désormais distinguer « l'image de l'autre » et « la réalité de l'autre » ; et le troisième moment « dialectise les deux étapes précédentes » (*Ibid.*, p. 101) où l'enfant acquiert enfin la conviction que non seulement cette image n'est pas réelle mais aussi qu'elle est sienne. Selon Lacan (1936), l'image du corps est donc structurante dans l'organisation de la personnalité du sujet « qui y réalise son identification primordiale » selon Dör (*Idem.*).

L'image, l'imaginaire, voilà des points sur lesquels Lacan insiste largement en 1956 dans son troisième séminaire lorsqu'il amène la notion de métaphore paternelle. Il revient sur la jalousie dans la paranoïa qui a fait couler tant d'encre, dont celle de Lagache (1947) et nous enseigne :

La connaissance dite paranoïaque est une connaissance instaurée dans la rivalité de la jalousie, au cours de cette identification première que j'ai essayé de définir à partir du stade du miroir. Cette base rivalitaire est concurrentielle au fondement de l'objet, est précisément ce qui est surmonté dans la parole pour autant qu'elle intéresse le tiers (Lacan, 1956, p. 50)

La base rivalitaire évoquée par Bergeret (2010) se logerait dans l'imaginaire selon Lacan. Il considère que la « parole est acte », elle résout des conflits à travers des accords, « on s'entend on est d'accord – ceci est à toi, ceci est à moi », même si la marque que laisse la concurrence « dans la trace du discours tient à ce qui reste sur le petit autre, sur l'Autre en tant que tiers et sur l'objet » selon Lacan (1956, p. 50). Il pense que : « Le témoignage, ce n'est pas pour rien que ça s'appelle en latin *testis*, et qu'on témoigne toujours sur ses couilles » (Lacan, 1956, p. 50). C'est bien parce que ça engage le sujet dans sa « lutte virtuelle à quoi l'organisme est toujours latent » ... Cette dialectique est dangereuse pour l'identité symbolique du sujet (et imaginaire de fait) car il y a la possibilité « d'annuler l'autre », le point névralgique de ladite dialectique en se situant « dans l'aliénation à l'autre », mettant le

sujet en posture lui-même d'être annulé. C'est en cet endroit de son discours que réapparaît la dialectique du maître et de l'esclave issue des travaux d'Hegel (1807) fondée sur la rivalité fondamentale, quoique d'ordre symbolique, qui trouve son origine dans l'imaginaire.

Cette dialectique, Lacan (1956) la rapproche de celle du paranoïaque, quand il écrit : « Le fondement même de la structure paranoïaque est que le sujet a compris quelque chose qu'il formule, à savoir que quelque chose a pris forme de parole, qui lui parle » (*Ibid.*, p. 51). C'est encore sur la base du délire de Schreber (1911) que Lacan vient inaugurer la différence fondamentale entre la **dialectique symbolique** versus la dialectique qui a échoué de s'inscrire dans cet ordre et vient se déployer dans le délire (Schreber rêve de subir l'accouplement avec Dieu et de lui être assujetti).

Il reprend également la question du délire de jalousie sous ces arcanes, il nous indique que le délire de jalousie paranoïaque est indéfiniment répétable car il permet d'échapper à l'aliénation de l'Autre par le contrôle quoique certes aliénant aussi puisque détaché de la réalité... Par exemple le paranoïaque va déplacer son amour homosexuel refoulé en se disant « ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle » en sabotant, par ailleurs, les potentielles rencontres avec la soi-disant élue. Ou encore, à ce que Lacan (1956, p.54) nomme : « l'aliénation convertie » et définit comme la transformation de l'amour en haine dans le mécanisme de projection et d'inversement propre au paranoïaque de la formule « *moi un homme, je l'aime lui un homme* ».

Au regard du positionnement bergerétien, cette formule fonctionne dans la construction du narcissisme, entre la phase narcissique et la phase objectale, comme indiqué dans le schéma précédemment, phase qui chez Klein (1921) correspond au passage de la position schizoparanoïde à la position dépressive où l'objet est unifié. Or, nous le rappelons, elle considère que cette position ne peut être tenue dans la paranoïa, même si le paranoïaque y accède, contrairement aux organisations encore plus archaïques, mais ne s'y tient pas... Ces savoirs, nous semblent se combiner et nous permettent d'acquérir notre propre savoir de la paranoïa, à savoir que le père serait reconnu dans l'ordre imaginaire lacanien éventuellement, dans la troisième étape du stade du miroir ; pas dans l'ordre symbolique, nous allons voir pourquoi, mais un père imaginaire venant « faire écran » à la mère pourrait permettre de tenir cette position. Puisqu'il y a bien la notion d'homosexualité sous-jacente comme Freud l'a montré (1911, 1915, 1920). En revanche, la position passive-féminine, première trace de la

castration (en trois étapes) selon Chabert (2007) revient au dehors dans la paranoïa (« *qu'il serait bon de subir l'accouplement en tant que femme* » nous témoigne Schreber).

3.6.1. L'ordre symbolique et la métaphore paternelle

Lacan (1956) considère que « bien des passages de l'œuvre de Freud témoignent qu'il sentait la nécessité d'une pleine articulation de l'ordre symbolique, car c'est de cela qu'il s'agit pour lui dans les névroses » (Ibid., p. 56) C'est sur le fondement de l'ordre du symbolique, de l'imaginaire et du réel que Lacan va amener la brillante distinction avec les névroses. Cette distinction se base selon Lacan (1956) sur un principe fondamental : l'absence. Mais il ne s'agit pas de n'importe quelle absence puisqu'il s'agit du manque de pénis de la femme. Il s'engage dans la (re)définition de la *Verdrängung* reprise dans les textes de Freud comme venant marquer « une forme de symbolisation qui est rejetée », non comme un retour du refoulé comme certains l'ont traduit ; mais comme le « rejet du refoulé » selon Lacan et qui associé à *Unterdrückung* indique que quelque chose de la symbolisation est « chu en dessous » (Lacan, 1956, p. 57). Le terme de projection en tant que « retour du refoulé », Lacan nous invite à ne plus l'utiliser sur la base de l'étude de L'homme aux loups chez qui s'expriment épisodiquement « les virtualités paranoïaques » et nous enseigne à ne plus utiliser ces termes selon lesquels « il ne veut rien savoir du refoulement » ; erroné selon lui, même s'il admet qu'il s'agit de l'**ordre du savoir**. Autrement dit de l'ordre du symbolique. Pour Lacan (1956) la projection psychotique que nous devons retenir est celle qui correspond au mécanisme « qui fait revenir du dehors ce qui est pris dans la *Verwefrung* » (Lacan, 1956, p. 58). La *Verwefrung* traduite selon Lacan est définie en ces termes : « ce qui a été mis en dehors de la symbolisation générale » (*Idem.*).

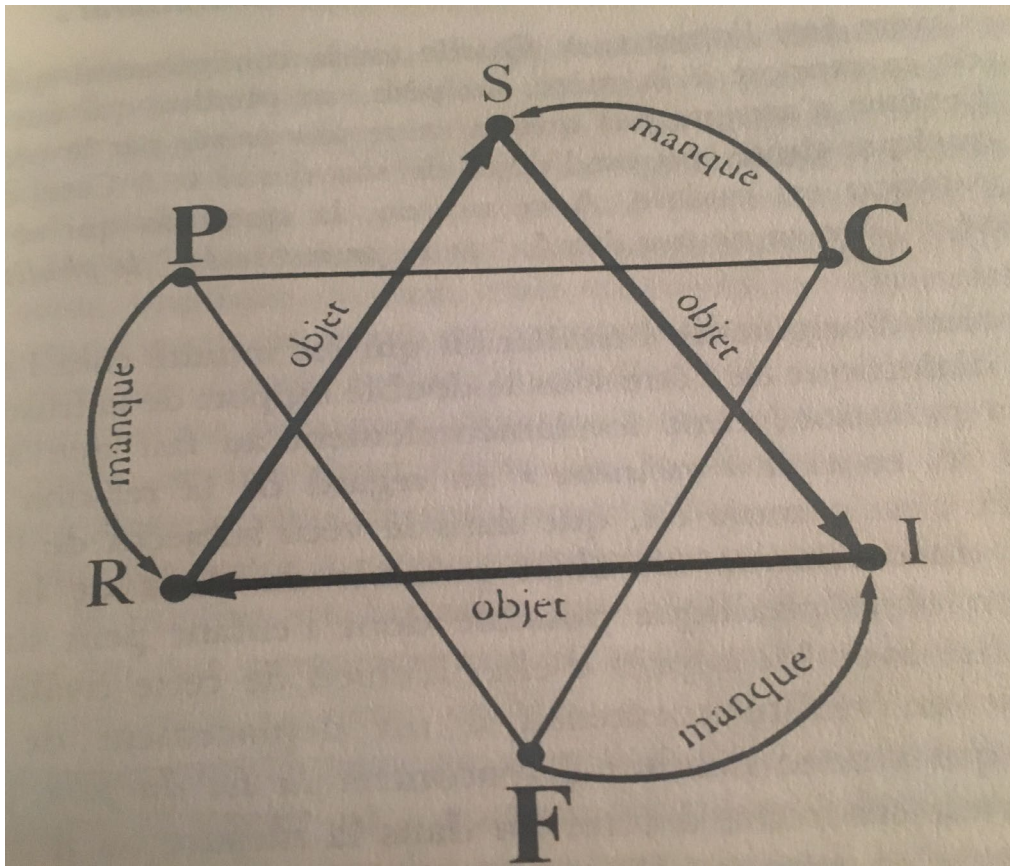
Dans son texte publié en 1966, Lacan se montre plus explicite que dans le Séminaire. Il maintient l'idée que la forclusion a comme écho la constitution d'un trou dans la trame subjective, car « c'est autour de ce trou où le support de la chaîne signifiante manque au sujet [...] que s'est jouée toute la lutte où [il] s'est reconstruit (1966, p. 564) ». Dans ses effets, la forclusion se traduirait logiquement en termes de « dommage que [le sujet] n'est en état de dévoiler qu'en partie ([12], p. 558) », de « désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie ([12], p. 558) » ou encore comme un « accident », un « échec », un « défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la

névrose ([12], p. 575) ». Mais Lacan relie de manière explicite la « forclusion du signifiant » au statut très particulier d'un signifiant « appelé le Nom-du-Père » ([12], p. 558). Dans la chaîne discursive, l'absence de ce Nom-du-Père « provoquera un trou correspondant à la place de la signification phallique » (*ibid.*), une remise en cause de tout « effet métaphorique » donc l'empêchement de la « métaphore paternelle » (*ibid.*) : la forclusion consisterait en un authentique empêchement de la fonction paternelle. Le sujet psychotique n'y aurait accès qu'à la condition de s'appuyer sur des étais, c'est-à-dire des formations substitutives.

3.6.2. Les solutions substitutives à la forclusion du NDP

Dans les dernières années de son enseignement, Lacan s'est penché sur les divers modes d'élaboration de tels étais, ou formations substitutives au Nom-du-Père, qu'il proposa de nommer des sinthomes. La différence fondamentale entre le Nom-du-Père et le sinthome tient en ceci, que le Nom-du-Père serait une donnée avec laquelle le sujet névrosé doit compter, le sujet psychotique en étant dépourvu ; tandis que le sinthome constituerait une solution inventée par le sujet, qu'il soit psychotique ou névrosé, pour rendre tolérable le trou dans la chaîne signifiante. Il s'agirait d'une élaboration, au sens propre du terme, venant suppléer aux insuffisances – que Lacan jugeait désormais inévitables – du Nom-du-Père à combler la béance du symbolique. La solution « par le père » devenait ainsi, pour Lacan, un symptôme parmi d'autres de ce que le langage restait impuissant à cerner le non-rapport sexuel.

Dör (2002) attire notre attention sur le schéma de Jean Oury :



Selon Dör (2002), l'absence de pénis se différencie en fonction qu'il est vécu comme une « frustration » ou comme une « privation », en ce sens où la privation est le manque réel. L'objet qui manque à la privation est un objet symbolique (phallus maternel) mais le trou de la privation, lui, crée un trou dans l'ordre du réel. Il nous enseigne que dans le développement harmonieux :

La castration, le manque qu'elle interpelle est un manque symbolique dans la mesure où il renvoie à l'interdit de l'inceste qui est la référence symbolique par excellence. C'est ce par quoi la fonction paternelle est opératoire et gouvernant pour l'enfant son propre accès au symbolique ... le manque signifié par la castration est avant tout une dette symbolique. (Dör, 2002, p. 106)

Le schéma d'Oury vient en appui aux propositions de Dör (2002), et respecte le principe de construction suivant :

- PCF sur les trois pointes du premier triangle de l'étoile, qui correspondent aux termes : **Privation-Castration-Frustration**

- SIR sur les autres pointes du triangle qui correspondent aux trois ordres : **Symbolique-Imaginaire-Réel**.

À savoir que la distribution respective des manques par rapport aux objets qui leur correspondent se décode en tours rétrogrades successifs suivant les flèches (Dor, 2002, p. 107) :

- la castration est le manque symbolique d'un objet imaginaire ;
- la frustration est le manque imaginaire d'un objet réel,
- la privation est le manque réel d'un objet symbolique

Schéma qui nous permet d'envisager la forclusion dans une perspective processuelle, au sens de Roussillon (1999) dans *Agonie, clivage et symbolisation*, ou dans la perspective bergerétienne, principalement visée comme marqueur des états-limites et opérationnalisée par Claude De Tychey en 1986. Néanmoins, il nous semble que son apport (la forclusion du NDP) en terme structuraux est un manque à gagner dans la conception des psychoses aujourd'hui.

3.7. La valence masochiste et destructrice dans la paranoïa

Nos investigations depuis notre problématisation des schizophrénies (2. 5) dans la métapsychologie, nous ont amenée à la question de la pulsion de mort, qui nous a elle-même conduite vers la question du matriarcat ou du patriarcat, sous l'impulsion de nos lectures sur la féminité mélancolique ou dans les mythes grecs. Chabert (2003) situe l'attaque de la pulsion de mort « désobjectalisante » dans le processus de retournement en passivité, dans le cas où le refoulement non opérant rendrait responsable le sujet d'un « crime d'inceste », la culpabilité pouvant être générée venant éteindre tout mouvement pulsionnel vers l'extérieur par un repli du Moi. Chabert (2003) situe dans le masochisme moral (tentation de provoquer la punition) les effets dangereux de la pulsion de mort en ce sens où il correspond à la part qui a échappé au retournement vers l'extérieur comme pulsion de destruction » au sein du processus de symbolisation que nous avons décrit précédemment selon l'auteure (Chabert,

2003, p. 44). Le masochisme moral s'ancre dans la conception oedipienne à une conviction incestueuse déterminant une angoisse majeure de perte d'amour « et un retournement haineux, contre le moi, des attaques destructrices visant l'objet ». C'est aussi le mode d'ancrage du mélancolique dans la version qu'il se narre de la scène de la séduction.

Chabert (2003) fonde ses observations sur les concepts d'Otto Rosenberg parus dans la Revue Française de Psychanalyse en 1982, le « masochisme gardien de vie » et le « masochisme mortifère ». Dans cette conception (Chabert, 2003, p. 84), les effets de la pulsion de mort initialement appelée à la maîtrise de l'effraction traumatique générée par la scène primitive « entraînent un mouvement désobjectalisant et finalement anti-narcissique », épuisant par des compulsions perverses et mortifères les ressources fantasmatiques contre lesquelles elle s'étaient insurgées (les douleurs physiques prennent place de sacrifice dans la régulation de la violence et donc de l'excitation qui s'y attache). (*Ibid.*).

Autrement dit, notre hypothèse tend à se valider grâce à ses apports sur le féminin mélancolique, il s'agirait en effet des attaques au regard de la scène sexuelle primitive qui viendraient désorganiser le psychisme par le biais du repli sur le Moi dès le plus jeune âge dans les psychoses, et d'un repli tardif et secondarisé dans la mélancolie. Ainsi, comme l'indique Chabert (2003), les dérives de la pulsion de mort, de toute façon à l'œuvre dès le départ pour protéger du crime de l'inceste et de l'excitation ne peuvent être reconnues comme internes, et la douleur masochique permettrait de limiter les attaques contre la pensée, théorisées par Bion (1967) ainsi que démontré.

Si la question du crime d'inceste est initiale et afférente à la différence des sexes originaire (puisque sans père pas de scène d'accouplement) en termes de paternité ou non, comme nous l'avons postulé, sur la base du mythe de la Déesse de Toutes Choses, il semble évident que la question de la forclusion se pose comme une question incontournable dans l'investigation psychique de nos sujets. La pulsion de mort nous a semblée recouvrir partiellement le concept de jouissance dans lequel il s'imbrique, nous allons tenter de développer ce point à travers la proposition qu'a faite Jean-Claude Maleval (2013) de la compréhension des délires psychotiques. Mais justement, observons l'intérêt que nous avons à suivre Dör, Lacan et Maleval sur la piste de la métaphore paternelle et les effets que cela implique dans notre connaissance structuraliste des psychoses dissociées...

3.8. La forclusion : un concept au carrefour du structuralisme

Dör (2002, p. 121-122) écrit que la « métaphore paternelle » institue un moment radicalement structurant dans l'évolution psychique de l'enfant », au-delà de son assomption dans l'ordre du symbolique ; elle lui confère aussi « un statut de sujet désirant » et ses implications sont multiples. L'une des résultantes de la forclusion du NDP réside en la division subjective autrement appelée *Spaltung*, et dont nous avons déjà largement débattu en tant que concept, qui sépare irréversiblement le sujet d'une partie de lui-même.

En effet, selon Dör (2002), la métaphore paternelle « a une fonction structurante en tant qu'elle est fondatrice du sujet psychique comme tel ». (Ibid., p. 123). Elle apparaît comme « le mécanisme » qui peut faire « échec au refoulement originaire » et cette thèse constitue, selon Dör (2002), l'apport original de Lacan. La *Ichspaltung* (le clivage du Moi) venant s'inscrire aussi bien dans les névroses que dans les perversions, ne permettrait pas de réaliser le différentiel diagnostique selon Dör (2002, p. 126). Il écrit : « le clivage du moi ne peut constituer un critère métapsychologique opératoire pour différencier les névroses des psychoses » (Idem.).

La forclusion du Nom-du-Père qui neutralise l'avènement du refoulement originaire, met du même coup en échec la métaphore paternelle, et compromet gravement, pour l'enfant, l'accès au symbolique, voire en barre la possibilité. L'avènement d'une promotion structurale dans le registre du désir s'en trouve d'autant suspendue à s'enliser dans une organisation archaïque où l'enfant reste captif de la relation duelle à la mère (Ibid., p. 127).

C'est ce que nous tenterons de mettre à l'épreuve des faits à travers les protocoles Rorschach que nous aurons recueillis dans cette recherche. Dör indique enfin, que sur le plan clinique, ses effets se repèrent par la place laissée au Nom-du-Père dans la promotion de la loi.

C'est auprès de Jean-Claude Maleval que nous allons tenter de trouver des éléments de réponse mais nous comprenons à travers l'exposé des différentes positions analytiques qu'il n'y a pas de consensus entre les auteurs concernant cette question et que si les projectivistes freudiens mettent en évidence ce qu'ils nomment le clivage du moi au test nous aimerions savoir comment les lacaniens nommeraient ce marqueur pour leur part...

3.9. L'élaboration du délire selon Maleval

J.-C. Maleval (2011) insiste sur l'idée que le rejet des pulsions homosexuelles ne constituerait pas l'étiologie spécifique de la paranoïa, mais que la thématique homosexuelle chez le paranoïaque appartiendrait aux formations secondaires de la symptomatologie et résulterait du « *pousse-à-la-femme* » suscitée par la forclusion du Nom-du-Père :

L'homosexualité délirante est plus apparentée au transexualisme qu'à l'homosexualité du sujet pervers. (...) Il y a dans l'œuvre de Freud l'esquisse d'une projection spécifique, au principe de certains délires paranoïaques qui se mettrait au service d'une méconnaissance radicale d'un matériel rejeté, lequel ferait cependant retour dans le monde extérieur ». (Ibid., p. 54-55).

Selon l'auteur, inspiré par Lacan (1983), il faut faire la distinction entre ce qui est rejeté à l'intérieur et ce qui est rejeté de l'intérieur (« *Verdrängung* » ou « *Verwerfung* ») et que ce qui caractérise le matériel forclos, c'est l'incapacité dans laquelle le sujet se trouve à le récupérer ; lequel ferait alors retour dans le monde extérieur.

3.10. L'échelle des délires proposée par J.-C. Maleval, éléments théoriques

Maleval (2011) nous rappelle que, selon Lacan, à la source de toute psychose se trouve un **trou dans le signifiant** et que tout se passe comme si le sujet réagissait par une tentative de compensation. Maleval (2011) distingue quatre phases dans la psychose :

- **P0** : La période de « *perplexité initiale* », le psychosé constate que l'ordre du monde est troublé, c'est une période dite « *d'incubation* » qui est révélatrice d'une « *carence paternelle fondamentale* » et trouve sa caractéristique majeure dans la délocalisation de **la jouissance**. Elle coïncide avec une angoisse extrême due à la faille centrale qui s'ouvre dans le champ du symbolique.

*Afin de parer à l'insupportable de cette situation, un **travail de mobilisation du signifiant** se développe permettant au délirant de construire une explication propre à justifier ce qui lui arrive. Pour ce faire, l'appel à une **fonction paternelle** apte à **tempérer la jouissance** délocalisée s'observe avec fréquence... Toutefois le délire ne parvient pas à se*

suturer, de sorte qu'il se présente en général sous une forme paranoïde... Le Père qui surgit est une figure obscène de la jouissance débridée qui porte atteinte à l'ordre du monde » (Maleval, 2011, p. 115-116).

- **P1** : Le paranoïde mobilise un appareil signifiant dans le but de remédier à la faille. C'est le signifiant du délire qui prend place là où il n'y avait qu'un trou (dans la sphère symbolique et répercuté dans l'imaginaire sous des formes diverses).

*Afin d'effacer PO [le trou du signifiant paternel dans le symbolique] le sujet ne se rapporte pas toujours aux paroles d'un personnage infallible : il sait parfois faire appel à une **invention révolutionnaire**, à une nouvelle formule mathématique, voire à quelque trouvaille intuitive. Le travail du délire peine encore en cette phase dans le développement d'élaboration pour le confronter.*

Ensuite, les psychosés qui parviennent à atteindre P2 et P3 sont plus rares car ces phases nécessitent une élaboration de la métaphore délirante poussée selon Maleval (2011) ; la plupart des psychosés qui ne sont ni hospitalisés ni emprisonnés, sont en général parvenus aux phases P2 et P3 du délire.

Un imaginaire phallique s'est restauré permettant de donner une certaine assise à leur représentation d'eux-mêmes, de sorte qu'ils n'ont plus le sentiment déstabilisant de manquer d'un fondement essentiel si souvent rencontré lors de P0 et de P1. » (Ibid., p. 119)

- **P2** : Période lors de laquelle le délire se suture et s'organise. Le sujet acquiert des certitudes inébranlables, il identifie chez l'Autre la jouissance débridée qui trouble l'ordre du monde. Le « jouisseur infâme » peut-être incarné par le partenaire (s'exprime via la jalousie) ou à un niveau planétaire (exemple : les juifs pour Hitler).
- **P3** : Le sujet vit un sentiment de communion avec le Père, de sorte que la mégalomanie est la plus haute dans cette phase. Mais rares sont les paraphrènes qui parviennent à atteindre cette phase dite « d'apaisement ».

Le sujet devient lui-même Dieu ou un grand personnage, voire l'élu de Dieu et en état de transmettre sa parole, ou bien encore il s'égale au Créateur par la résolution d'un

problème fondamental, etc. Ce que le paraphrène gagne en apaisement il le perd en crédibilité auprès de ses interlocuteurs (Ibid., p. 118).

Il n'est en l'occurrence pas envisageable d'avoir une lecture symptomatologique de ces quatre périodes, car ce dernier (le symptôme) est extrêmement variable. La « quadripartition périodique du délire » s'analyse en rapport à l'imaginaire de la fonction paternelle : entrevue de la carence ; appel à celle-ci ; une figure persécutrice en prend la place et enfin le processus s'achève par une réconciliation avec le principe paternel.

3.11. Conclusions sur les forclusions (fonctionnelles, processuelles et structurales)

Jean-Claude Maleval souligne combien la théorie lacanienne des psychoses dépend de la notion de forclusion, même si celle-ci est appréhendée différemment au cours des différents stades de la théorisation lacanienne. Il ne fait aucun doute « que la psychose soit déterminée par la forclusion », écrit-il. La définition de cette notion et « les avancées de Lacan » n'auraient « pas été accompagnées par une refonte du concept (*Ibid.* p. 110) » quand bien même cet auteur note un virage dans les années 1980 avec le recours aux nœuds borroméens ; il appelle cette étape « l'autre centrement ». La forclusion demeure toutefois, selon lui, « l'hypothèse la plus heuristique pour rendre compte de la structure psychotique » (p. 55). C'est celle que nous tenterons d'opérationnaliser dans une partie de ce travail consacrée à la forclusion dans le cadre de notre étude clinique des psychoses dissociées au test de Rorschach.

Si chez Maleval le délire constitue une suppléance à la Forclusion du Nom-du-Père, chez Roussillon il a également une fonction symbolisante. Il donne du sens au « traumatisme originaire » caractéristique des psychoses. Dans la psychose, avance le co-auteur du *Manuel de psychologie et psychopathologie générale*, « l'angoisse est d'abord d'être anéanti, de ne pas exister, d'éclater » (2007, p. 432), ce qui conduit le sujet à élaborer « toute une série de systèmes de défense » visant à le protéger « de l'éclatement, du morcèlement, de l'intrusion ».

René Roussillon complète la description du vécu psychotique lorsqu'il évoque, dans un autre de ses ouvrages, une « expérience de “terreur agonistique” inélaborée » (1999, p. 140). Par des emprunts à Winnicott (1959), à Bettelheim (1967) et Bion (1967), Roussillon cerne, pour finir, « l'état de souffrance psychique extrême » qui accompagne la psychose.

L'expérience traumatique y est « vécue comme sans fin » (1999, p. 140). Pour continuer à se sentir exister, le sujet a dû « se retirer de lui-même et de son expérience vitale » ce qui instaure une absence du sentiment de soi dont il se défend par « la voie du clivage, du déni et de la projection ». Il nous a semblé que Roussillon recherchait ici ce que Freud nommait l'*Amentia* tandis que les marqueurs mis en évidence par les lacaniens, dont Maleval (2013) correspondraient au marqueur de l'absence d'un signifiant fondamental. C'est en cela que le concept de forclusion et de dissociation tiendrait en équilibre entre deux conceptualisations actuelles fortes influentes mais qui prêtent à confusion... Est-ce que l'*Amentia* c'est la reminiscence de cette terreur décrite par Roussillon ?

En résumé, il existerait deux manières de comprendre la forclusion : « l'une qui l'objectiverait » et en ferait « un principe structural », l'autre qui la « subjectiverait » la constituant comme « un processus » vécu de manière douloureuse (Roussillon, 1999, p. 151). Ce second versant, qui a fait l'objet des recherches de l'École de Lyon, transparait également dans les travaux de Bergeret (1974) qui repère surtout ce processus, qu'il établit comme un mécanisme de défense, la forclusion chez les états-limites ; quand il repère le dédoublement du moi dans les psychoses les plus archaïques.

CONCLUSION : Distinction entre schizophrénie paranoïde et paranoïa

Cette psychologie [de la mort] nous intéresse parce qu'elle s'appuie sur le champ des pertes et des séparations de l'humain, tous ces renoncements nécessaires alors que tout-puissant au sortir de sa mère, le bébé n'existait que grâce à la vigueur fantasmatique de sa mère. Las, l'appareil psychique maternel n'était qu'un prêt transitoire, il faut maintenant affronter le monde et rencontrer l'angoisse de mort, la phobie de la mort, le désir de mort et de faire mourir, la peur de la séparation, les angoisses millénaristes, la nostalgie dans la dépression, l'énigme du deuil, mourir et vieillir. C'est ici que le champ de la psychologie de la mort apparaît et il est immense... (Marie-Frédérique Bacqué, 2011, p. 24)

La question du vécu de mort et de la lutte pour la vie est au cœur des fantasmes originaires des patients psychotiques dissociés, peu importe l'étape à laquelle ils sont. Qu'ils soient très délirants ou voient leur espace psychique complètement abrasé. Nous avons tenté de toucher du doigt cette problématique mais ne pouvons pas l'élaborer davantage dans la théorie même si les écrits de Freud de 1913 et 1919 nous ont beaucoup questionnée, en outre, nous essayerons de répondre à une part nos interrogations dans la pratique.

Pour conclure, en prenant en compte les éléments amenés en point 2, et dans une perspective transnosographique, nous allons essayer d'amener le différentiel diagnostique entre paranoïa et schizophrénie paranoïde et nous illustrerons ces données conclusives par un tableau récapitulatif. Enfin, nous dégagerons le profil que nous souhaiterions voir opérationnaliser dans notre clinique et sur notre échantillon de recherche. Évidemment la théorie des pulsions a été investiguée dans le but de saisir ce qui se joue chez les sujets de notre échantillon et notamment dans une perspective différentielle, il nous a semblé rejoindre Bacqué (2011) sur l'immense champ qui s'offre à nous en ciblant ces questions au sein des psychoses dissociées.

La première évidence tient au niveau de développement du Moi du paranoïaque fixé à un stade légèrement plus élaboré de type narcissique-homosexuel/homoérotique selon Bergeret (2010) *versus* un stade autoérotique dans la schizophrénie, qu'elle soit de nature paranoïde ou non. La valence paranoïde tient à ce que Bleuler nommerait une symptomatologie positive, en ce sens où dans le délire s'exprime la dissociation là où elle s'exprime dans toute la psyché dans l'hébéphrénie. Dans la schizophrénie paranoïde, il y a bien une tentative du Moi de se différencier de l'objet et ce passage relève nécessairement de la pulsion d'autoconservation mais aussi d'une amorce d'un certain principe de réalité (une première castration), par ailleurs liée à la pulsion de vie, là où nous reconnaitrions davantage l'expression « totale » d'un certain principe de plaisir menant à la destruction et à la mort (Cronos dévore ses enfants et s'accouple avec sa sœur) pour cause qu'aucune conciliation ne soit envisageable dans le mode de régulation via le principe de réalité théorisé par Freud en 1920 menant au sempiternel retour d'un au-delà du principe de plaisir venant abraser toute vie psychique par le trop plein de tout. Ce concept peut rejoindre la perspective structuraliste lacanienne de la jouissance toute à laquelle le père vient dire non. Il semblerait que le principe de conservation relève d'une lutte pour la vie très violente, puisqu'il s'inscrit dans la

dialectique du « lui ou moi » selon Bergeret (2010). Nous entendons ainsi, l'expression de la valence paranoïde comme une tentative de l'expression de la pulsion de vie, intriquée à la pulsion de conservation aboutissant, de par les moyens dynamiques et économiques disponibles, à une construction délirante « tenable » et circonscrite. La paraphrénie pourrait être l'aboutissement de cette position où la dissociation ou même les suppléances à la forclusion des Noms du Père (en ce qui concerne spécifiquement cette question et en référence à Maleval (2013) et en discriminant ce qui relève de l'*Amentia* ou du forclos) avec l'idée que seule la paranoïa peut illustrer le Grand Autre contrairement à la schizophrénie qui n'a pas les moyens de cela, et où la dissociation, au final, s'exprime dans le délire plutôt que dans toute la psyché, permettant ainsi au patient de conserver une vie psycho-sociale acceptable (sans nécessiter d'hospitalisation et ni de lourds traitements).

Ce qui permet de discriminer la schizophrénie paranoïde et la paranoïa en termes d'éléments observables cliniquement et au test, en dehors d'un objet persécuteur construit dans la paranoïa (dans le modèle bergerétien stade homoérotique de construction du narcissisme) *versus* un objet non déterminé car incapacité à tenir une autre position que l'autoérotisme dans la schizophrénie, nous repérons une nette expression de désirs homosexuels refoulés. En cela que le refoulement peut s'utiliser ici en ce qu'il relève de ce qui constitue ce qui appartient à la théorie sexuelle infantile et donc à l'inconscient, quoi que très peu épais mais bien réel dans la paranoïa (à l'inverse des formes graves de schizophrénie ?).

Ainsi, le désir homosexuel et l'investissement des zones érogènes propres à l'analité (féces, appareil digestif) sont surinvestis dans la paranoïa contrairement à la schizophrénie, comme indiqué par Freud depuis 1911, 1915 et 1920. Au Rorschach il nous sera aussi aisé de le repérer que dans la clinique.

Les identités, dissociées dans les formes décompensées schizophréniques et paranoïaques, puisque soumises au processus de dépersonnalisation (lié lui-même au clivage du Moi et à l'attaque des liens par cette jouissance toute sans barrières ni limites puisque ni la haine ni l'amour ne sont expérimentables, les pulsions restant ainsi au stade d'expression/assouvissement), sont plus construites dans la paranoïa. Quand les objets tiennent (l'image de soi corollairement), que leur ambivalence n'est pas insupportable au point de déconstruire l'objet à un état parcellaire, le sujet peut expérimenter la haine et le

besoin de l'autre (anaclitisme en dichotomie à amour) et ainsi intégrer quelque chose de l'ordre d'un principe de plaisir basé sur l'expression haine-besoin de l'objet et de son intégration au système symbolique (la castration).

La paranoïa, contrairement à la schizophrénie, a accès à la position dépressive nous apprend Klein (1921), mais rapidement, de par la valence très négative des objets introjectés, les sujets reviennent à une position schizoparanoïde, subissant des attaques très morbides et destructrices. Les propositions de Searles (1959) de travailler sur les introjects avec les sujets borderlines (psychoses ou états-limites de bas niveaux dans notre modèle bergerétien) nous semble très pertinente dans cette perspective, surtout que ce travail doit se faire sur la base des relations transféro-contre transférentielles entre l'analyste et son patient.

Là où dans la paranoïa nous pourrions noter l'émergence d'affects dépressifs, il nous semble improbable d'en rencontrer dans la schizophrénie. David-Camps (2013), dans sa thèse indique que l'émergence d'affects dépressifs constitue un indicateur pronostique favorable. Nous partageons son point de vue, même s'il est probable que les sujets considérés comme schizoparanoïdes par l'Ecole de Paris se chevauchent avec notre conception de la paranoïa puisqu'ils adoptent une perspective bien plus influencée par Bleuler (1911) que nous-même à Nancy, davantage inspirés par Bergeret (très orienté vers la théorie de la sexualité freudienne).

Dans la conception américaine, dans la lignée de Bleuler (1911) en termes de symptômes négatifs ou positifs, la confusion entre la paranoïa et la schizophrénie paranoïde, si elle était clairement établie dans le DSM-IV sur la base d'un différentiel que nous qualifierons d'« ineptie » entre les délires bizarres ou non bizarres, avec l'idée en cela que les auteurs tentaient, sans le savoir ou le reconnaître de tenir compte des niveaux de développement du Moi évoqués précédemment (dans le paragraphe précédent). Désormais, la schizophrénie paranoïde n'existe plus, les entités sont le spectre schizophrénique, au sein duquel les troubles délirants qui eux se chevauchent avec la schizophrénie en l'endroit des hallucinations auditives peuvent appartenir aux deux. Ce qui permettra de faire le différentiel diagnostique tient en ce que les hallucinations sont secondaires ou non au délire. Si les hallucinations auditives sont afférentes au délire (érotomane, de persécution, etc.) il s'agit uniquement de troubles délirants ; en revanche si elles sont sur le même plan que le délire et pas nécessairement en lien avec ce dernier, le patient sera diagnostiqué de schizophrénie.

Tableau 4 : Résumé des nosographies psychiatriques et psychanalytiques concernant la paranoïa versus la schizophrénie paranoïde

Tableau 4

<p align="center"><u>MODÈLES</u> <u>NOSOGRAPHIQUES</u></p> <p align="center"><u>ENTITÉS</u> <u>NOSOGRAPHIQUES</u></p>	<p align="center">DSM (1980, 1994, 2013, A.P.A)</p>	<p align="center">PDM-2 (2017)</p>	<p align="center">Structuralisme psychanalytique (Bergeret, 1974, 2010 ; Lacan, 1956, 2001 ; Maleval, 2011)</p>
<p align="center">PARANOÏA</p>	<p>Démantèlement en deux entités au niveau du DSM-III (1980) :</p> <p><u>Paranoid disorders</u></p> <p>Disparition dans le modèle hybride dimensionnel du DSM-V (2013)</p> <p><u>Délirium disorders</u></p> <p>Chevauchement (schizophrénie paranoïa) dans le DSM-IV sur les délires bizarres ou non bizarre et chevauchement dans le DSM-V modèle traditionnel au niveau des hallucinations auditives (au premier ou au second plan et</p>	<p>Les auteurs de l'association américaine psychanalytique scindent aussi la paranoïa en deux entre la personnalité paranoïaque et les troubles de la personnalité délirants (comme dans le DSM). Cependant, ils associent les troubles délirants à la paranoïa pure, tandis que les troubles de la personnalité paranoïaques sont davantage associés aux troubles de la personnalité</p>	<p>Bergeret distingue le niveau de développement du Moi du paranoïaque soumis à une angoisse de morcellement par peur de pénétration contrairement à une angoisse par éclatement dans la schizophrénie. S'il y a risque de pénétration, il y a fondamentalement une base constitutive et son besoin d'être renforcée (enflement constaté du Moi paranoïaque).</p> <p>- Indicateurs entre homoérotisme (paranoïa) et autoérotisme (schizophrénie)</p> <p>- Fantasme homosexuel refoulé, le père est présent comme un écran entre la mère et le sujet.</p> <p><u>Structuralisme lacanien :</u></p> <p>La forclusion est reflétée dans le délire du paranoïaque par le biais</p>

<p style="text-align: center;">PARANOÏA</p>	<p>associées au délire)</p>	<p>borderline en raison des failles narcissiques associés à cette entité.</p>	<p>du « pousse à la femme », encore faut-il qu'un grand autre soit superposable avec une image paternelle. Si la paternité et le paternel n'existent pas du tout, ils ne pourront pas s'élaborer dans le délire. Si le délire ne peut s'élaborer, la position paraphrénique, autothérapeutique n'est pas accessible non plus.</p> <p>La personnalité paranoïaque existe chez Freud et Lacan, quand la schizophrénie est un état de non-être donc n'existe pas vraiment et la paraphrénie un accomplissement de la psychose décompensée (versus ordinaire chez les lacaniens).</p>
<p style="text-align: center;">SCHIZOPHRÉNIE PARANOÏDE</p>	<p>Au sein du spectre schizophrénique comme une variante de la schizophrénie jusque dans le DSM-V (2013). Dans le DSM-V disparition de la schizophrénie paranoïde et confusion avec délirium disorders sans que les hallucinations auditives ne nous semblent réellement en mesure de distinguer paranoïa (si elles sont au second plan) et schizophrénie paranoïde (si elles sont au premier plan).</p>	<p>La schizophrénie n'apparaît pas dans la classification... De la même manière que les auteurs espagnols (Munoz-Negro et al., 2015) considèrent un continuum dans la psychose et peut-être que comme eux ils ne considèrent pas la schizophrénie comme existante ?</p> <p>En tous cas, les psychanalystes américains établissent davantage une</p>	<p>Position autoérotique et disparition du Moi dans l'indifférenciation entre le Moi et l'objet mais tentative d'exister dans les défenses paranoïdes. Dénier total de l'altérité.</p> <p>Angoisse de morcellement par éclatement, la psyché est dissociée là où la dissociation s'exprime dans le délire à travers la paranoïa.</p> <p>Plus la psychose est décompensée, dans la perspective bergerétienne, plus le sujet est dissocié dans la mesure où le recours aux mécanismes de défense (dans la lutte pour la survie) se rigidifient. Bergeret (1974) ne distingue pas les deux entités sur la base des</p>

(Chagnon, 2012) – correspond au modèle auquel est rattachée l'Ecole de Nancy (fondée grâce aux nombreux apports de Claude De Tyche, 1982, 1984, 1986, 1989, 1994, 2012a, 2012b, 2014, 2017) ainsi que celui de l'**Ecole de Lyon**, fondée par Pascal Roman (2000, 2007, 2017), Magalie Ravit (2013) et Anne Brun et al. (2017). Les Parisiens et les Lyonnais posent un regard processualiste sur la psyché humaine, tandis qu'à Nancy, à l'instar des projectivistes suisses (affiliés à une autre école), nous nous permettons une approche structuraliste en référence à Jean Bergeret (1974). L'Ecole de Lausanne est représentée par Frieda Rossel et Colette Merceron (2001, 2012, 2017) ainsi qu'Odile Husain et Olivier Revaz (2001, 2012, 2017), sa spécificité tient à son style d'analyse, relevant d'une approche sémiologique du discours (polysémique) et stylistique. Les suisses, représentés par Husain, opérationnalisent le modèle bergerétien mais aussi le modèle piagétien au test et empruntent quelques apports à Racamier (1966). L'**Ecole américaine**, au départ psychanalytique (Schafer, 1954, Holt 1956), s'est ensuite progressivement centrée sur les troubles de la pensée. Longtemps représentée par le Système intégré d'Exner (1977, 1986, 1992, 2008), elle a pris une orientation cognitive (mais est d'abord empirique) à travers le R-PAS représenté par Viglione, Meyer, Erard (2014), Kivisalu et al. (2016), Mihura (2011) et Kleiger (2017).

Nous ciblerons la description des travaux relatifs à ces trois groupes de pensée et de recherche en psychopathologie des psychoses dissociées au test de Rorschach. Notre approche s'adresse à un public en souffrance et dissocié, nous comparerons les résultats obtenus aux données connues chez la population tout-venant (De Tyche et al., 2012), même si nous ne pourrions pas entrer dans les détails concernant les travaux de ces différentes écoles par rapport à la population « normale » (c'est-à-dire chez une population qui n'a jamais consulté). Mais nous convenons que ces éléments objectifs sont à pondérer avec les éléments cliniques et à revoir en fonction de la définition de la « normalité » de Bergeret [1974]) proposée en amont (partie II), et en outre nous nous focaliserons sur les données propres aux psychoses dissociées.

4.1. Revue de la littérature dans le champ des psychoses dissociées au test de Rorschach

En 1987, Laurence Sagnes et Claude De Tychey suggèrent grâce au test de Rorschach, la pertinence de la proposition bergerétienne concernant la **violence fondamentale** dans les structures psychotiques, qu'ils mettent en opposition avec l'**agressivité de nature oedipienne** et cela à travers l'étude empirique d'un cas clinique : Mr C. Forte de cette recherche précédente, ainsi que de l'article de 1989 concernant la fixation anale dans la paranoïa au test (De Tychey et Sagnes, 1989), nous tenterons de poursuivre et de tirer le prolongement de leurs travaux, établissant notre recherche aux confins de ces questions dans les arcanes du traitement des motions pulsionnelles chez les sujets de notre échantillon. De Tychey et Sagnes (1987, 1989) mettent en évidence des contenus détériorés ainsi qu'un fantasme originaire de désintégration corporelle qui prennent sens en la problématique de la dynamique de la violence fondamentale postulée par Bergeret en 1984 mais dont la nouvelle édition de 2010 guidera nos pas dans les factures des protocoles psychotiques, avec l'incapacité selon nous (en référence à De Tychey, 1987, 1989) pour ces sujets d'accéder à une **identité narcissique** du fait de la **lutte pour la survie** à laquelle ils sont aux prises ; même si dans la paranoïa une première construction du Moi a pu se déployer davantage que dans la schizophrénie, nous y reviendrons car c'est le sujet différentiel de notre travail. Néanmoins, avant d'entrer dans ces questionnements, nous proposons une présentation du modèle auquel le groupe de Nancy est rattaché, le modèle de l'Ecole de Paris.

4.2. Introduction au modèle de L'Ecole de Paris

Selon l'approche parisienne (Chabert 1987, Azoulay & Louet 2017), la schizophrénie représente le mode emblématique de psyché dissociée en référence à Bleuler (1911) dans une perspective dynamique. Contrairement aux Parisiens, le groupe de Nancy reste fidèle au modèle bergerétien (freudien) où le sujet de structure paranoïaque est lui aussi admis comme se dissociant en réponse aux effets des mécanismes psychotiques. Lors du Congrès International Rorschach à Paris en juillet 2017, au sein du symposium sur les psychoses dissociées (actes de colloques non parus) Azoulay et Louët ont indiqué que :

Dans la conception psychanalytique la dissociation bleulérienne, référée à la psychiatrie dynamique, s'associe aux notions d'intrication et de désintrication des pulsions de vie et de mort (Freud : 1920, 1923), de clivage du moi (1938), de liaison/déliaison ou d'attaques des liens (Bion). Ce sont ces notions et leurs acceptions psychanalytiques, déployées également par A. Green et P.-C Racamier, que nous utilisons comme fils conducteurs de nos réflexions. (Azoulay et Louët, 2017).

En dehors de notre posture particulière à Nancy en référence à Bergeret, nous abondons dans le sens des auteurs concernant les repérages théoriques sous-jacents à notre conception de la psychose dissociée. Azoulay et Louët (2017 in *Congrès International Rorschach*) nous rappellent que les travaux du groupe parisien sur les psychoses « sont légions », au premier rang desquels ceux de N. Rausch de Traubenberg et de son équipe, qui dès 1956 sont suivis de ceux sur la comparaison entre pré-psychose et pré-schizophrénie chez l'enfant et chez l'adolescent (1957, 1959, 1972, 1973).

4.2.1. Historique de l'analyse Rorschach dans les psychoses dissociées

Afin de situer les bases de l'Ecole de Paris, nous allons revenir sur les travaux qui ont inspiré nos aînés. Hermann Rorschach (1921) a le premier observé un nombre très variable des réponses des schizophrènes au Rorschach (peu de réponses *versus* grand nombre de réponses). Parmi le nombre moyen de réponses des différentes populations qu'il a étudiées, « les **bloqués** » restent souvent au-dessous de 10, « les **indolents** » expédient l'épreuve avec dix interprétations indifférentes et un grand nombre se maintient dans les limites des valeurs normales les plus fréquentes, particulièrement « les **cohérents** » ; mais beaucoup atteignent des chiffres élevés.

Selon Rorschach (1921), même des individus qui ont l'apparence de déments profonds avec des psychoses vieilles de dizaines d'années, donnent des réponses « dont le nombre et la variété sont surprenants » (Ibid., p. 9). En ce qui concerne le temps de réaction moyen observé chez les sujets schizophrènes, Rorschach (1921) écrit qu'il est « remarquablement plus court » que chez les autres sujets et il ajoute que : « Plus le malade est incohérent, plus court est son temps de réaction » (Rorschach, 1921, p. 9).

Rorschach (1921) considère que le refus de l'une ou l'autre des planches n'a quasiment jamais lieu chez les sujets normaux et qu'il se produit au contraire de manière caractéristique chez les schizophrènes : « ils rejettent l'image souvent brusquement, après avoir donné des interprétations bonnes et riches, même s'il s'agit d'images qui ne passent pas d'ordinaire pour difficiles » (Ibid., p. 10).

Du point de vue des réponses kinesthésiques, Rorschach (1921) constate que le nombre de réponses K chez les sujets normaux et les sujets malades montre des différences tout à fait essentielles et il indique que plus la vie associative est présente chez les sujets schizophrènes, comme cela se passe pour les sujets normaux, plus il y a de K, plus la vie associative est riche et plus la pensée du malade est stéréotypée, et moins il y a de K (avec selon nous une augmentation automatique du F%).

Concernant les couleurs Rorschach (1921) écrit que les réponses couleurs primaires (C) n'apparaissent pas chez les normaux et chez les malades dont l'affectivité est stable et qu'elles « vont au maximum chez les schizophrènes les plus incohérents du point de vue affectif et associatif » (Ibid., p. 21). En somme, selon Rorschach (1921), les réponses C pures sont des indices d'impulsivité.

L'auteur remarque également que les réponses **confabulatoires-combinatoires** sont données en majorité chez les sujets psychotiques et indique (alimentera notre discussion) qu'il n'y a que chez les schizophrènes que l'on rencontre la réponse globale contaminée : « des schizophrènes donnent très souvent des interprétations dans lesquelles des phénomènes de confabulation, de combinaison, de contamination, sont interprétés pêle-mêle » (Ibid., p. 30).

Les paranoïdes cohérents suivent selon H. Rorschach (1921) une forme de succession de rigidité optimale quand la succession est relâchée, pouvant aller jusqu'à une incohérence.

Complète, chez les sujets schizophrènes. Concernant les contenus, Rorschach (1921) a remarqué une nature de « contenus inanimés », des « réponses abstraction », des « réponses originales » et de mauvaise qualité formelle, ainsi que des interprétations se référant nettement à des faits personnels chez les sujets psychotiques.

À la suite de Rorschach, Ewald Bohm (1955) s'est intéressé aux indicateurs du psychogramme au Rorschach chez la population schizophrène et a réalisé une synthèse des travaux de Rorschach et de plusieurs de ses contemporains. Bohm (1955) affirme que le nombre de réponses chez ces patients est habituellement supérieur à la moyenne sauf chez les « abouliques » et les « bloqués » et que la quantité de réponses est très variable d'une planche à une autre. Le temps de passation peut être parfois extrêmement bref et le refus fréquent (en raison des barrages ou du négativisme). Bohm (1955) observe également que la banale chauve-souris planche V est fréquemment absente de la production schizophrénique et que le F+% est souvent assez bas. La succession est presque toujours relâchée voire incohérente et les découpages sont bizarres chez les schizophrènes, en particulier chez les sujets paranoïdes. Les réponses Clob selon Bohm (1955) sont assez fréquentes chez les schizophrènes et l'on retrouve les réponses « lettres », « chiffres » et « figures géométriques » ainsi que les « réponses stéréotypées » et « persévérations » (très courantes chez les schizophrènes improductifs, émoussés). Bohm (1955) observe de fréquentes réclamations quant à « l'insuffisante symétrie » des planches observées chez les sujets schizophrènes, mais nous le verrons plus tard, selon les auteurs du groupe de Lausanne, c'est chez les paranoïaques « méfiants » que l'on retrouve ce phénomène en réalité. Le Ban % est habituellement faible et parfois se rencontre dans les protocoles de facture schizophrénique une manifestation intéressante et rare : la concrétisation d'expressions, habituellement entendues au sens figuré.

J.-W. Thiesen (1952) a réalisé une étude quantitative portant sur 60 sujets schizophrènes adultes qu'il a comparés à un groupe contrôle constitué de 150 adultes normaux où le Rorschach est coté et analysé selon le modèle américain (sur lequel nous reviendrons) de Beck. Thiesen (1952) a ainsi mis en lumière cinq formes combinatoires possibles que l'auteur identifie comme des modèles associés à la schizophrénie.

Cette sélection a été faite en acceptant uniquement les modèles qui recoupaient des réponses ayant une incidence d'au moins 10% dans le groupe de patients et de moins de 2% dans le groupe contrôle. Sur la base des travaux de Thiesen (1952), Perse et Massuyeau (1958) dressent la liste des signes presque pathognomoniques de la schizophrénie et qui sont présents dans moins de 2% des réponses données par la population tout venant et au moins chez 10% des schizophrènes. Les indicateurs presque pathognomoniques proposés par Perse et Massuyeau (1984) sont : la « réponse nombre », « la contamination », la « nomination

couleur », la « Spaltung », la « logique autistique », l'« appréhension originale de la banalité », « le symbole », « la projection d'asymétrie », « l'implication de soi-même », « la rencontre-union », « l'empêchement obstacle et la combinaison fabulée » (Ibid.).

Enfin, Denise Osson (1970), dans une étude des indices quantitatifs au Rorschach des patients délirants, constate que les 30 protocoles analysés révèlent :

- Un temps total supérieur à 30 minutes ;
- Un nombre de réponses fluctuant ;
- Une intrication des divers déterminants et des localisations ;
- Une intervention franche des Dd et des Dbl ;
- Un rapport anarchique entre les localisations en globalité des localisations en détail ;
- Des G confabulatoires ou contaminées ;
- Un F% faible ;
- Une somme pondérée des C élevées avec un nombre important de C pures ;
- K absentes ou surabondantes ;
- H% variable.

Les observations quantitatives et empiriques de notre contemporaine lilloise, Denise Osson (1970) rejoignent celles de ses prédécesseurs et tendent à corroborer les travaux précédents qui inspireront les trois écoles décrites dans la revue de la littérature (Partie III). Evidemment, ces indices *de base* sont pris en compte dans notre démarche d'analyse du test chez les sujets psychotiques, de la même manière qu'ils ont inspiré nos aînés.

4.3.L'Ecole de Paris dans le champ des psychoses dissociées

À la suite, Catherine Chabert a énormément contribué à la compréhension de la problématique dite schizophrénique aux projectifs (1987, 1990, 1998), mettant en lumière « l'impact de la rupture des liens et de la désintrication pulsionnelle », dont les effets peuvent se repérer au test en deux modes de fonctionnements spécifiques : un mode « inhibé » relevant de la « faiblesse de la capacité projective », et un mode « paranoïde » (c'est-à-dire riche et fleurissant) venant témoigner d'un « trop plein projectif » (Azoulay et Louët, 2016). Nous reviendrons sur cette proposition, car dans la conception que nous nourrissons depuis le

début, nous accordons toute l'importance qui revient à ces processus, néanmoins, nous prenons en compte une dimension qui n'est pas évoquée par Azoulay et Louët (2016), à savoir le rôle de la position schizo-paranoïde dans ce complexe ballet des mécanismes primaires et des pulsions entre haine et amour (ou en deçà pour les organisations les plus basses), dans leur alternance infernale, ainsi que la capacité à suppléer aux trous dans le réel de l'objet symbolique (Oury in Dör, 2001). Chabert se questionne de plus en plus sur ces thématiques d'ailleurs, ainsi, dans un article paru en fin d'année 2017, dans *Psychologie clinique et projective* elle écrit :

L'idéalisation ne concerne pas seulement l'amour, elle s'empare tout autant de la haine : c'est ce que rappelle André Green (1983) lorsqu'il souligne que l'idéalisation n'est pas un destin tardif de l'investissement de l'objet mais qu'elle constitue une donnée originaire, justifiant le point de vue de Mélanie Klein selon lequel l'objet ne se reconnaît pas dans la haine puisque l'amour et la haine sont concomitants. (Chabert, 2017, p. 42).

Les travaux des parisiens ont débouché sur une façon d'envisager le fonctionnement psychotique et surtout schizophrénique dans la clinique projective, selon un versant « inhibé » ou « floride » des modalités d'investissement de la réalité, des processus de pensée et des relations. C'est en référence aux travaux de Chabert (1987) que nous allons détailler leurs apports principaux.

4.4. Critères de l'Ecole de Paris dans le champ des psychoses dissociées

Nous proposerons les **hypothèses théoriques** de notre recherche après la présentation de la revue de la littérature sur les psychoses dissociées au test de Rorschach. Néanmoins, les hypothèses énoncées s'appuieront également sur la base du modèle bergerétien (voir Partie III) ainsi que sur toutes les références théoriques énoncées dans les sous-parties dédiées à la métapsychologie des psychoses dissociées. Nous tenterons de faire des propositions de validation empirique, à partir de nos données obtenues sur le terrain, contenant un nombre intéressant de sujets et nous permettant ainsi d'observer le plus finement possible les processus psychiques mis en œuvre au test. Nous opérationnalisons les hypothèses posées ici en repères et pour information préalable de liaison, dans la partie méthodologique et les mettrons à l'épreuve des faits dans le traitement des résultats ainsi que de l'analyse et

tenterons de les discuter puis de conclure sur des ouvertures de recherche dans le champ des psychoses en psychiatrie et au test de Rorschach pour l'avenir.

4.4.1. Les psychoses

En 1987 dans un ouvrage intitulé *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Chabert a introduit un chapitre dédié aux psychoses par analogie entre le discours des sujets psychotiques et les textes de Lewis Carroll dont le plus connu est *Alice au pays des merveilles*, saisissant au passage les indices communs (Ibid. p. 189). Les histoires d'Alice et les thématiques rencontrées dans la clinique des psychoses sont comparables. Tout comme Alice, la problématique des « transformations corporelles », tel que le changement de taille chez l'héroïne se pose chez les sujets psychotiques. Autrement dit, le sujet psychotique exprime des passages d'un état à l'autre que l'on retrouve sous forme de **télescopages** au test (exemple A/Hd/Ad). Nous préciserons cette question dans l'analyse proposée en cinquième partie.

L'atteinte à l'intégrité corporelle entre en résonance avec le danger de perte identitaire qui « surgit fréquemment chez Alice ». Selon Chabert (1987), la menace de perte identitaire s'inscrit dans « l'effacement des limites spatiales et temporelles, les frontières entre dedans et dehors ; **contenant et contenu sont gommés** » (Ibid. p. 190), dont l'exemple, dans l'œuvre de Carroll et également mis en lumière par C. Chabert est celui de « la mare aux larmes versée par Alice » (*Idem.*).

Ensuite, selon Chabert (1987), « le temps ne se déploie plus dans la durée, et l'**intemporalité** », mais relève d'une vie (psychique) « immobile et répétitive, fixée à l'instant ». L'épisode du « thé extravagant » en est l'exemple typique, avec l'idée qu'il est toujours six heures et que c'est éternellement l'heure du thé dans un phénomène de **renouvellement incessant**. Selon Chabert (1987), ces troubles sont induits par « l'**absence de repères œdipiens** », la fantasmatique dominante porte sur les relations précoces **dominées par la violence** (« qu'on lui coupe la tête ! » répète inlassablement la reine). Nous ne pouvons que faire le lien avec la proposition bergerétienne reprise par Sagnes et De Tychev (1987) dans un article sur les effets de **la violence fondamentale** au test de Rorschach chez les sujets psychotiques sur lequel nous reviendrons dans la partie dédiée au groupe de Nancy.

Dans le récit de Carroll, se trouve une reine « omnipotente et cruelle » et « un roi inconsistant » comme le note Chabert (1987) qui met ses observations en lien avec les représentations parentales dans la psychose qui ne permettent pas selon elle « la référence à un système de règles et d'interdits stables » (Ibid., p. 190). Néanmoins, malgré la comparaison possible entre le discours du psychotique et les textes de Carroll, Chabert (1987) insiste sur l'idée, que c'est « dans le rêve » que se jouent « les merveilles » qui peuplent les aventures d'Alice ; contrairement aux délires psychotiques qui, eux, se jouent dans la réalité. (Ibid., p. 191), telles les observations faites par Freud (par exemple 1915c) en amont.

C'est en cet endroit que Chabert (1987) développe l'idée adoptée par Louët et Azoulay, (Louët et Azoulay, 2016 et Azoulay et Louët, 2017) selon laquelle dans la psychose schizophrénique (dissociée) se déploient **deux profils types** : « la logorrhée paranoïde » versus « le désert psychotique », sous-tendus respectivement par une production *floride* et une production « inhibée » d'autre part.

Ces deux profils nous ne les retenons pas ainsi à Nancy dans le sens où se mélangent et se confondent schizophrénie paranoïde et paranoïa dissociée décompensée en cette cartographie *floride*. Nous verrons comment Claude De Tychey opérationnalise la fixation anale dans la paranoïa en 1989 et en 2012 à travers le cas de Norbert. En revanche, nous retenons l'hypothèse de Chabert (1987) concernant la violence fondamentale manifestée par le biais de l'excitation que peuvent créer certaines planches, telles les planches rouges (pl. II et pl. III).

La facture du protocole paranoïde est décrite par C. Chabert (1987) comme une « richesse efflorescente d'associations » qui, en dépit de liens à la réalité *fragiles* voire *perdus*, donne véritablement à croire que « le sujet pense » et que « son espace psychique est peuplé » de scénarii dont **l'espace-temps** et la **logique** sont bouleversés. Ces fantasmes se jouent selon Chabert (1987) « dans l'extase » ou dans « l'horreur ». (Ibid., p. 191). Malgré la dissociation, les signes de liaisons sont toujours possibles dans ces protocoles en dépit « des bizarreries si spécifiques aux psychoses » (Ibid. p. 192).

Le second type de facture psychotique schizophrénique dissociée rencontrée au test selon les auteures parisiennes (Louët et Azoulay [2016 & 2017], rejoignant Chabert) est celui

que Chabert (1987) nomme le « désert psychotique » et où l'on rencontre un « **assèchement des sources vives de la psyché** » (Ibid., p. 193). Dans cette configuration, Chabert (1987) qualifie métaphoriquement cette entité de « psychose liquide » en référence à la « liquéfaction des investissements », où à l'activité de liaisons inhibées ainsi qu'à la capacité d'accéder à « toute potentialité de figuration métaphorique » (Ibid., p. 193).

Concernant plus spécifiquement les processus de pensée, Chabert (1987) indique que l'atteinte de la pensée constitue un « phénomène alarmant » dans le fonctionnement psychotique. « Plus les processus de pensée sont attaqués, pervertis, abîmés, plus la psychose s'oriente vers des formes graves et invalidantes pour la vie du sujet. » (Ibid. p. 201).

Nota Bene : Facteur de pronostic négatif à retenir.

Selon Chabert (1987), **la dissociation** est le dénominateur commun des formes de représentations chez le sujet schizophrène, et elle concerne trois caractéristiques qui sont « l'image de soi » (1), « les représentations élémentaires » (2) et la « relation d'objet » (3). Dans cette perspective, la dissociation consiste à « séparer », à « couper » et « s'oppose à la liaison » ainsi qu'à l'association. Autrement dit, les protocoles de factures dissociées rendent compte d'un « échec de la secondarisation dans les processus de pensée ». Ainsi, les processus primaires viennent « submerger le moi » et entravent l'accès à des « représentations mentalisées » contenues dans un espace psychique défini et liées entre elles. Parmi les processus de pensée relevant de fonctionnements psychotiques, C. Chabert (1983) attire l'attention sur la **pensée combinatoire** qui se traduit « par des réponses incongrues dans des réponses composites constituées d'éléments hybrides, hétérogènes (exemples : pl. V : « un lapin avec des ailes de mouche » (Ibid., p. 223), ainsi que sur la réponse contamination qui consiste à fusionner en une seule réponse des images très diverses (exemple pl. III : « Une île sanglante » ou pl. I : « l'estomac d'un homme d'Etat respectable »). C. Chabert se réfère à la proposition de Bohm (1955), qui considère les réponses G contaminées comme spécifiques de la pensée schizophrénique. Nous y reviendrons lors de la prochaine partie, dédiée aux travaux du groupe suisse, pour avoir concentré leurs efforts de travail à repérer ces « phénomènes particuliers au Rorschach » (Rossel, Husain, Revaz, 2005, 2017).

À propos des relations d'objets, Chabert (1987) repère la désagrégation des kinesthésies humaines au profit des **réponses anatomiques** et l'interprète comme : « des traductions douloureuses et primaires d'un moi fragmentaire et morcelé » (Ibid., p. 230). L'appréhension perceptive du matériel s'étaye pour l'auteure sur un mode d'approche privilégié dans la globalité (localisation G), si bien que la plupart du temps, ces réponses sont « vagues et floues » s'étalant parfois jusqu'à l'infini, traduisant ainsi, « l'état de fusion du psychotique avec l'objet » (Idem.). L'approche globale souligne, selon Chabert (1988) : « la relation d'englobement mutuel du sujet à son objet ». (Ibid., p. 206). Les découpages en petits détails (Dd) s'accompagnent souvent de **bizarries** et ne répondent pas aux **principes communs de la logique perceptive** : « les tâches sont appréhendées de manière inhabituelle, non conventionnelle, et de surcroît associées à des engrammes de mauvaise qualité formelle, ce qui en renforce le caractère arbitraire. » (Idem.).

L'appréhension dans un mouvement d'**indifférenciation figure/fond** dans la facture psychotique relève selon C. Chabert (1987) d'un phénomène inverse de celui réalisé par les patients états-limites qui valorisent à l'extrême les frontières. Chez les sujets psychotiques, le blanc est interprété de la même manière que le noir, sans contours définis que C. Chabert (1987) met en lien avec le **défaut de différenciation moi/ objet** que l'on retrouve dans la problématique psychotique : « le défaut de différenciation s'associe à un défaut de garantie des limites du sujet par rapport à l'objet, avec le risque corollaire d'effraction et d'empiètement mutuel ». (Ibid. p. 208).

Enfin, parmi les phénomènes relevés par C. Chabert (1987) dans les protocoles de factures psychotiques, **la persévération** : analysée dans une dimension psychanalytique, Chabert l'interprète comme une **pulsion de répétition** et également comme un déni de la réalité. Dans cette configuration, quel que soit le stimulus, les réponses fournies sont quasiment identiques et de mauvaises formes, elles témoignent selon Chabert, de : « la non observance de l'épreuve de la réalité » (Ibid., p. 208). C. Chabert (1987) tire la conclusion que ces différents modes d'appréhension de type psychotique obéissent tous à « la nécessité de nier toute différence, toute distinction suffisamment signifiante pour justifier un choix d'objet plutôt qu'un autre » dont « l'obligation de mêmeté, régit de telles conduites dans le déni de toute singularité ». (Ibid., p. 209). Dans sa thèse, François David-Camps (2013) a poursuivi les travaux de sa directrice de thèse et a nommé « **postiche représentationnel** » les contenus

venant témoigner de fortes persévérations psychotiques au Rorschach. Ayant travaillé sur l'hébéphrénie, il a pu repérer les hiatus de l'abrasement de toute vie psychique chez ces sujets, masqué derrière ces « postiches ».

L'incapacité d'abstraction ou l'abstraction outrancière est une référence de Chabert à Weiner (1986). Chabert (1987) met en lumière les difficultés de conceptualisation des sujets psychotiques et l'intérêt d'en observer ces phénomènes pour l'intelligibilité de la psyché du schizophrène. Cependant, selon Chabert, dans la facture paranoïde au Rorschach, un excès de sens est donné aux signes dans une tentative de défense massive contre la menace de dissociation :

Ainsi, à l'inverse de protocoles de schizophrènes chroniques dominés par le processus d'insanisation, les protocoles paranoïdes mettent en évidence, en particulier par le recours aux abstractions, des conduites qui constituent à trouver du sens à tout prix en abusant des liens entre les choses et les pensées, au risque d'y perdre la logique du raisonnement (Chabert, 1987, p. 236).

Selon Louët et Azoulay (2016), les différentes angoisses paranoïdes et paranoïaques tiennent au fait que les angoisses de persécution sont relativement circonscrites car projetées sur un objet persécuteur. La menace est perçue comme « venant du dehors » sous les effets de la projection relevant des angoisses typiques persécutrices de la schizophrénie, qualifiée de paranoïde, afin de les différencier des angoisses paranoïaques. Les angoisses paranoïdes étant mobilisées « dans et par le commerce avec l'objet » ce dernier étant « susceptible d'éveiller un mouvement pulsionnel vers lui. » (Azoulay et Louët, p.93).

4.4.2. La schizophrénie

Selon Louët et Azoulay (2016), les troubles de la pensée dénotent l'envahissement extrême par les processus primaires, jusqu'à la construction d'une néo-réalité, par la création d'un délire ou par l'hallucination de cet objet. Au test, c'est la réalité perceptive qui est « refusée, déniée », ce qui indique et justifie selon nous un F+% le plus souvent effondré.

Selon Louët et Azoulay (2016, p. 70) « le schizophrène n'est jamais autant coupé de la réalité que lorsqu'il s'y raccroche littéralement » et cela peut donner selon nous des G% élevés car ils tentent de rassembler ce qui est éparpillé en s'accrochant à ladite réalité. Au

Rorschach, cela se caractérise selon Azoulay et Louët (2016) par l'excès du recours au formel, conduisant ainsi à l'élévation des facteurs ad hoc (F% élevé) selon un contexte où toute autre forme d'expression (couleur, estompage, mouvement) se trouve inhibée.

Dans la schizophrénie, selon Louët et Azoulay (2016), l'appréhension perceptive du matériel met en évidence « une pensée combinatoire » (réponses globales confabulées DG et grands détails bizarres D F-), où « les espaces se confondent » et « les différentes représentations se condensent » (Ibid., p. 77), faisant foi de la « primauté des processus primaires » dans la facture globale du protocole. L'inadéquation formelle des réponses (F-) relève « d'un déni de la réalité » selon les auteurs. Si des réponses banales peuvent apparaître, elles sont peu à peu infiltrées de projections qui viennent témoigner « du manque de stabilité des représentations » (Louët et Azoulay, 2016, p. 78).

Ce qu'Azoulay et Louët (2016) nomment « l'impensable unité » ou « l'atteinte identitaire » se réfère à cette **expérience d'intimité** qui permet de « s'éprouver soi-même différent des autres », de se sentir « le même » à travers le temps ; cela implique différence et altérité, repérables au test selon nous à travers des contenus humanisés (contrairement à ceux des protocoles de notre échantillon, pour ainsi dire constamment déshumanisés).

Au Rorschach « l'altération profonde de l'identité se manifeste par la perte de l'unité corporelle » selon Louët et Azoulay (2016), et le morcellement de l'image du corps met en évidence le défaut d'intégration proprioceptive se traduisant en particulier par l'absence de réponse humaine entière et faisant place nette à des images fragmentées (images humaines ou animales partielles Hd, Ad), déliées, parcellaires (souvent de mauvaise qualité formelle) mais aussi hybrides (mélange de règnes différents animaux, humains..) ou composites (condensation de plusieurs réponses en une) ou encore à des réponses anatomiques viscérales et /ou osseuses en particulier aux planches couleurs : les sollicitations pulsionnelles de ces planches sont vécues comme des effractions corporelles destructrices qui font voler en éclats le Moi du sujet. La confusion des espaces est perceptible à travers les réponses G ou D pathologiques (confabulées ou contaminées).

Le dédoublement psychotique s'exprime de multiples manières selon les auteurs (Ibid., p. 83) et notamment à travers des images qui révèlent un englobement mutuel, une forme de télescopage identitaire (les auteurs donnent par exemple planche VII « *ça me fait*

penser à deux frères siamois complètement attachés l'un à l'autre, ils sont attachés pour la vie, ils ne pourront pas vivre, on sera obligé de les tuer »), mais aussi à travers des représentations coupées en deux.

4.4.3. La paranoïa

Cette revue de la littérature nous a amenée à réaliser une grille des indicateurs principaux (composites) de la psychose paranoïaque au test de Rorschach afin d'aider les cliniciens projectivistes de tous horizons, empiristes ou qualitativistes à repérer les indicateurs principaux de ce type de personnalité. Afin de la discriminer, même lorsqu'elle se situe sur un versant compensé mais aussi, évidemment, dans une version décompensée, voire dissociée (point de culminance et extrême du continuum normal/ pathologique).

Sur la base d'une revue de la littérature approfondie, Azoulay (2007) propose d'observer les **déterminants** afin de recueillir les signes diagnostiques qualitatifs de la paranoïa. Ces indicateurs permettent l'appréhension et la compréhension de la nature, de l'intensité et de l'efficacité des projections paranoïaques selon Azoulay (2007) - en référence à Roy Schafer (1954) dont nous détaillerons les travaux dans la dernière sous-partie de ce chapitre (nommée *Partie III Revue de la littérature des psychoses dissociées au test*) - nourrissent les propositions initiales et nous invite à repérer les contenus renvoyant préférentiellement à des thèmes indiquant une forme de **menace extérieure**, ainsi que les **moyens de protection** mis en œuvre pour se défendre face à eux. Dès lors, selon Azoulay (2007), les contenus les plus fréquemment fantasmés puis projetés sont : les « yeux », les « regards méchants », les « doigts pointés », les « tâches de sang », les « empreintes de doigt », etc., mais aussi toute association renvoyant au piège : « toile d'araignée », « trappes », « puits », etc. Les contenus relevant de la protection face à la menace externe viennent signer le renforcement des enveloppes narcissiques et psychiques au sens de Didier Anzieu (1974) (nous ajouterons qu'il s'agit surtout de se protéger du risque de pénétration venant de toutes-parts) : « animaux à carapace », « boucliers », « armures », etc. En outre, il faut être attentif car la convergence de différents indices est indispensable pour rendre compte d'un état paranoïaque selon les auteures. Le choix des réponses couleurs et estompages, permettent aux sujets paranoïaques d'**éviter**, toute forme d'**excitation** et d'impulsivité, par exemple, les couleurs passives primaires sont utilisées pour projeter des réponses de type « eau », « jaune

d'œuf », etc., car elles n'engagent pas le sujet affectivement. (Azoulay, 2007). Selon Louët et Azoulay (2012), un réel sentiment de méfiance et de suspicion (traduite par une élévation du Dd%) s'impose au lecteur à la lecture de ces protocoles. Ambiance à laquelle le paranoïaque doit parer à tout prix la pénétration qu'il relaie notamment à travers un versant mégalomane « *je pourrai voir un million de choses dans cette tâche...* » ou des contenus venant renforcer les enveloppes psychiques comme des « *armoiries, emblèmes, monuments, trône* », ou par la projection de personnages tout puissants ou célèbres pour leur réussite comme « Dieu » ; « Socrate », « Shakespeare »... (Louët et Azoulay, 2016, p. 156).

Louët et Azoulay (2016) nous rappellent que selon Racamier (1990), les objets de la projection paranoïaque sont toujours des personnes connues dans leur fonction sociale, jamais des « substances » ou encore « des forces inanimées, biologiques ou cosmiques » comme c'est le cas dans la projection paranoïde. Cela est valable et se retrouve au Rorschach également selon les auteures.

4.5. Les travaux du groupe de Nancy

Claude De Tychev (1989, 2000, 2007, 2012) a œuvré à valoriser le test de Rorschach sur la scène clinique et scientifique comme ses nombreux travaux en témoignent. Notre référence principale, l'ouvrage *Le Rorschach en clinique de la dépression adulte, 17 cas cliniques*, paru en 2012, témoigne des moyens d'opérationnalisation du modèle bergerétien au test de Rorschach. Venant illustrer les différentes entités cliniques décrites par Bergeret en 1974 (dont la déclinaison des différentes éditions a enrichi le modèle au fil du temps) permettant ainsi à l'étudiant comme au clinicien de se repérer dans le modèle nosographique structuraliste psychanalytique.

4.5.1. La schizophrénie

En 1987, parallèlement aux travaux de C. Chabert, De Tychev et Sagnes proposent l'étude d'un protocole de facture schizophrène selon la passation Rorschach classique et la passation psychanalytique (Aronow et Reznikoff, 1976). Dans ce travail, De Tychev et Sagnes (1987) offrent les preuves empiriques des difficultés d'intégration de la violence fondamentale, dont témoignent les protocoles des sujets dont le développement psycho-affectif s'est figé à un stade pré-génital dont l'archétype est la schizophrénie. Le concept de

violence fondamentale, élaboré par J. Bergeret (1984) rend compte d'une lutte pour la survie, d'où la citation de De Tychey et Sagnes (1987, p. 2453) de J. Bergeret (1984) « C'est la vie qui est en question ici ».

De Tychey et Sagnes (1987) mettent en lumière un F+0% effondré « dû à la prévalence de projection des fantasmes destructeurs » et qui « signe le caractère décompensé de cette structure » (Ibid., p. 2454). De plus, l'**absence de réponses banales** aux planches III et V, ainsi que l'absence totale de réponse humaine vont dans le sens « d'une **non acquisition d'identité psychique** » (Ibid. p. 2454). Enfin, la fréquence des persévérations rend compte selon les auteurs de la non observance de l'épreuve de la réalité en consensus à l'analyse qu'en propose l'école de Paris-Descartes. D'un point de vue qualitatif, Sagnes et De Tychey (1987) mettent en évidence l'angoisse de destruction comme fil rouge à travers le protocole grâce à l'analyse des verbalisations descriptives, qui accompagnent les réponses, à l'exemple de la réponse « un poisson venimeux » pl. VIII. La **thématique de la destruction** omniprésente dans ce protocole permet aux auteurs de conclure : « détruire-être détruit, témoigne de la lutte de M.C. (la patiente) pour exister face à l'environnement au sens large et plus précisément maternel investi sur un mode « matricide ». L'échec de cette lutte peut être inféré, selon nous, dans la mesure où le fantasme de destruction vient colorer la plupart de ses projections. » (Ibid., p. 2454). La lecture interprétative qu'offrent Sagnes et De Tychey de la passation analytique du Rorschach révèle une menace de destruction directement liée à l'image maternelle fantasmée comme phallique destructrice : « En définitive, l'ensemble de ces animaux destructeurs ou détruits, sont autant d'expressions chez M.C. d'une violence démesurée, non intégrée pour survivre, exister face aux attaques de bêtes mortifères qui représentent l'objet maternel. » (Ibid., p. 2454).

4.5.2. La paranoïa

Parmi les différentes vignettes cliniques proposées par De Tychey (2012), nous relèverons celle de Norbert, un cas de paranoïa à l'occasion duquel De Tychey (2012) reconvoque le modèle freudien de 1911. De Tychey (2012), en écho à la position freudienne relative au cas Schreber rappelle à nous la manière dont la structure paranoïaque traite la pulsion libidinale afin d'arriver au sentiment de persécution que l'auteur décrit comme « une négation de l'affect » suivi d'un « retournement de la pulsion puis projection » (Ibid., p. 48).

Dans un second temps, à travers le cas de Norbert, De Tychey (2012) met en lumière le processus conduisant ce dernier à la dépression. De Tychey (2012) nous enseigne que le recours à l'introjection est similaire à celui de la mélancolie, mais avec pour différence que le sujet paranoïaque est « capable d'un usage mobile de ce mécanisme » contrairement au mélancolique. Si bien, qu'au Rorschach, De Tychey (2012) repère que l'objet persécuteur est tantôt introjecté et tantôt extrojecté, contrairement à la mélancolie où il reste retourné vers le Moi. Nous mettrons cette hypothèse à l'épreuve des faits, avec l'idée ajoutée selon laquelle le paranoïaque oscille entre une position schizo-paranoïde, comme nous l'a enseigné Mélanie Klein (1921, 1932) ; quand dans la mélancolie l'objet est unifié et tient cette unification mais toute la haine se retourne contre le Moi suite à l'identification à l'objet perdu dû au repli secondarisé de la libido, dans une position masochique primaire où le sujet souffre conséquemment de ses propres attaques mortifères sur le Moi (l'objet de substitution). Si bien que, dans la paranoïa la pulsionnalité ne s'exprime pas nécessairement en termes de haine ou d'amour, l'amour est justement le problème soit-dit en passant, puisque l'oscillation entre la position due à l'échec de la phase princeps, schizo-paranoïde, ne permet pas au sujet paranoïaque de tenir des objets unifiés. Nous tenterons de les discriminer dans les données d'anamnèses des sujets de notre échantillon. Il nous importe de repérer ce que De Tychey (2012) a mis en évidence dans les organisations paranoïaques comme des mouvements psychiques « au cours desquels l'objet demeure introjecté alors que le délire de persécution correspond à ceux au cours desquels il est projeté » (De Tychey, 2012, p. 49). Les mouvements dépressifs semblent moins rares que ce que nous aurions imaginé avant d'entreprendre ce travail. En effet, les processus mélancoliques mettent rapidement le paranoïaque de caractère, ou le quérulent dans des situations sociales délicates selon nous. L'alternance (grâce au maintien d'une position dépressive extraordinaire ?) entre auto-flagellation et hétéro-reproches, notamment à travers le délire, est commune et il n'est pas rare de croiser un paranoïaque *au bout du rouleau*, vous indiquer qu'il n'est « *plus rien* » et qu'« *il a tout perdu désormais* », mais toujours en rapport avec la « privation » subie ou l'affront essuyé, voire, avec les expériences réellement expérimentées durant l'enfance mais sous forme de répétition directe dans le réel actuel (une patiente paranoïaque entendra à travers les murs de son immeuble la fille de sa voisine se faire abuser, mais elle entendra aussi le petit voisin du dessous pousser des cris de jouissance pour l'« emmerder » elle...). Du moins ce sont les hypothèses de De Tychey et Sagnes (1987) ainsi que de Chabert (1987), que

nous tenterons de mettre à l'épreuve des faits en détaillant les avatars dans les anamnèses de nos patients en annexe mais également dans un tableau récapitulatif dans la section des résultats. L'introjection domine dans ce que De Tychey (2012) nomme les organisations paranoïaques qui présentent un accès mélancolique et souffrant d'un conflit similaire à celui de la mélancolie, autrement dit « entre le Moi et le Surmoi archaïque » (décrit par Freud en 1919, comme indiqué dans la Partie II).

La relation d'objet est un indicateur supplémentaire, qui permet à De Tychey (2012) de distinguer l'organisation mélancolique de l'organisation paranoïaque au sein de la structure psychotique (l'une se dissocie l'autre se déréalise selon Bergeret ([1972], nous le rappelons). Les relations d'objet dans la paranoïa au test de Rorschach sont très marquées par la dangerosité, la persécution et le besoin de maîtrise de l'objet. Le père joue en réalité le rôle d'un écran dans la relation dyadique destructrice mère/enfant. (De Tychey, 2012, p. 50). Le passage de l'autoérotisme à l'homoérotisme signifie une évolution du développement libidinal selon Bergeret (2001, 2003), si bien que nous attirons l'attention du lecteur sur ce point fondamental dans le différentiel entre schizophrénie et paranoïa, car là où l'angoisse dominante est par peur de la pénétration, et là où en son endroit le sujet se risque au morcellement dans le rapport à l'objet phallique paternel ou sexuel (pl. IV et pl. VI au Rorschach), nous ne pouvons que désigner une dominante homoérotique significative d'un plus haut degré de développement du Moi.

Au-delà du cas de Norbert (2012), De Tychey a également présenté le cas de Mme H avec pour première auteure de l'article dans la revue de *Psychologie clinique et projective*, Salomé Garnier (2007). De Tychey a proposé le premier cas de paranoïa en 1989 avec Laurence Sagnes, mettant en évidence l'angoisse de morcellement par peur de la pénétration anale dans la paranoïa selon le modèle bergerétien. À travers ces études de cas, De Tychey et ses collègues nous apprennent que la facture du protocole est nette, teintée de la menace que représente l'environnement externe, peuplé d'objet partiels, mais aussi parfois entiers, d'ailleurs il n'est pas rare d'observer des kinesthésies humaines entières aux planches bilatérales qui invitent à la mise en relation selon De Tychey (1989, 2007, 2012) ; contrairement aux protocoles des sujets schizophrènes. Les contenus les plus fréquents en référence à la menace, sont selon l'auteur, « les yeux » cotés yeux ; les regards dangereux et machiavéliques, etc. La menace en plus de s'infiltrer à travers l'hypervigilance se manifeste

par le risque d'être piégé, empoisonné, attaqué, mis au défi dans tous les cas observés, avec en sous-basement la même angoisse dominante : la pénétration (Bergeret, 1974). Nous nous attacherons donc à repérer dans les protocoles des 25 cas de paranoïa (dont une partie a passé des re-tests 18 mois ou 24 mois après) qui constituent notre échantillon, la façon dont s'exprime cette menace. De Tychey, nous enseigne en amont que c'est principalement à partir des perspectives anales, cotation qu'il empreinte à Schafer (1954), que nous sommes aptes à coter qualitativement et même quantitativement ces tendances pulsionnelles de nature anale et homoérotiques/homosexuelles (non génitales). Les planches IV et VI éveillent d'ailleurs démesurément l'excitation de ces sujets, menant soit à l'abrasement total du phallique, soit à son surinvestissement, et dans tous les cas, à l'insistance sur le « derrière », les parties anatomiques renvoyant au postérieur (« fesses », « anus », etc.).

De plus, De Tychey (1989, 2007, 2012, 2014) nous enseigne que la représentation de soi dans ces protocoles est nettement détériorée et que ces contenus sont dégradés par les processus projectifs, parfois délirants, dont l'angoisse sous-jacente s'apparente quasi-systématiquement au risque de la pénétration par l'autre, par l'objet pointu, phallique recourant pour se protéger à des vêtements, des masques et de tout autres contenus permettant d'éviter l'issue perforatrice... Néanmoins, Bergeret (dernière version du *Normal et Pathologique*) accepte la possibilité du métissage de l'organisation paranoïaque avec le risque d'effondrement dans la schizophrénie à termes, si bien qu'il n'est pas improbable de retrouver les traces d'une pulsionnalité orale et dévorante, même si elle est majoritairement imprégnée du stade psycho-génétique suivant.

Sagnes et De Tychey (1989) mettent à l'épreuve l'hypothèse théorique différentielle Bergeretienne selon laquelle l'angoisse de morcellement dans la paranoïa est due : « à une peur de la pénétration anale consécutive à l'orientation homosexuelle et à la fragilité du Moi corporel » (Ibid., p. 91) à la différence des autres organisations au sein de la structure psychotique (mélancolie et schizophrénie). En consensus aux travaux sur la paranoïa du groupe de Lausanne (1985), Sagnes et De Tychey (1989) établissent le constat qu'il n'y a pas de manifestation franche de l'angoisse de morcellement et de destruction (contrairement au cas de Mme H en 1987) chez le sujet paranoïaque car les mécanismes défensifs rigides lui permettent de se protéger plutôt efficacement. Sagnes et De Tychey (1989) reprennent les travaux de N. Rausch de Traubenber (1981) portant sur la **symbolique des planches** au

Rorschach et les mettent en lien avec les réponses obtenues au Rorschach. Les auteurs font la démonstration, planche par planche, de la **thématique homosexuelle passive** mise en lumière par Freud (1911, 1915, 1920) dans l'organisation paranoïaque à travers les réponses cotées *perspectives anales* selon la proposition de Schafer (1954). L'angoisse réactivée face à la puissance phallique et le besoin de contrôler, voire de supprimer, tout référent phallique leur semble évident (pl. IV et VI), la **faillite des assises** narcissiques (Pl. V et VII) et le fantasme de **désintégration corporelle** (Pl. VIII) conduisent les auteurs à corroborer l'hypothèse selon laquelle l'angoisse de **pénétration anale menace le sujet paranoïaque dans son intégrité identitaire**. Ainsi, la position de Bergeret reçoit la confirmation empirique à travers l'analyse de L. Sagnes et C. De Tychey (1989) une première fois en 1989 et une seconde fois en 2017 dans l'article de Levy et al. (2017).

Les localisations phalliques sont, selon De Tychey et Sagnes (1989), surinvesties ou totalement évitées, mettant en relief la grande **difficulté à gérer l'excitation** libidinale de nature **homoérotique** (quelque chose du tiers s'amorce, en comparaison avec l'autoérotisme). Les contenus sont de **nature anale** en résonance directe avec cette thématique, faisant appel à des animaux de type « *cochons sales* » ou « *grouins* ». À ce sujet, Louët et Azoulay (2016) éveillent notre attention sur les représentations animales évoquant l'analité comme certains rongeurs (même si De Tychey attire notre attention sur leur valence sadique orale dans d'autres contextes) « *taupe, rat* » ou pouvant sinon s'exprimer plus directement dans la référence anatomique : (« *l'anus, les fesses, le derrière, l'arrière train* »). Levy, Prudent, Evrard, Clesse, Decker et De Tychey (2017) ajoutent à ces contenus les traces de boues, les références aux tuyaux sales, aux puits de pétroles et d'autres contenus à travers l'analyse du cas de Manuel.

Selon Louët et Azoulay:

La paranoïa appartient au registre de l'organisation sadique anale de la libido, les fantasmes homosexuels inconscients conduisant à lutter activement contre la crainte d'être pénétré par un pénis anal dangereux, rendant la passivité particulièrement persécutrice. (2016, p.153).

Cela se repère dans les protocoles Rorschach, nous formulons ainsi l'hypothèse de marqueurs de l'analité significativement plus élevés dans nos échantillons que dans la population générale, et nous opérationnaliserons l'hypothèse dans la partie méthodologique.

Selon De Tychev (1989, 2007, 2012, 2014, 2017), les mécanismes de défense privilégiés dans ces organisations sont le déni, la projection, l'un n'allant pas sans l'autre ; puis l'emprise perverse archaïque comme indiqué également par Louët et Azoulay (2016). À ces mécanismes s'ajoutent l'intellectualisation, l'isolation, un autre duo quasi inséparable. Louët et Azoulay (2016) ont repéré l'insistance sur la dénégation, nous proposons le fait que cela se retrouve plutôt chez les *caractères paranoïaques*, la version compensée, qui a davantage accès à des défenses entre les plus archaïques et le refoulement, représentant de celles qui se sont secondarisées, entre lesquelles se trouvent les défenses limites et perverses. Le déni ne s'exprime pas à travers la dénégation généralement puisqu'un mécanisme de déplacement condensation semble opportun pour se faire.

4.5.3. La représentation de soi

En 2014, Claude De Tychev a publié sa conception de la grille de représentation de soi au test de Rorschach inspiré par Nina Rausch de Traubenberg et Anne Sanglade (1984) orientée dans une perspective structurale bergerétienne.

Comme De Tychev (2014) nous le rappelle, cette grille, avec celle de la dynamique affective (Rausch de Traubenberg et al. 1990) a été très utilisée à Paris Descartes et dans la recherche en psychologie projective dans les autres universités françaises. Mais De Tychev (2014) centre son approche de la grille sur l'intérêt de l'utilisation de ses dimensions dans une perspective de clinique diagnostique différentielle structurale, conscient en même temps que c'est un exercice à risque puisque le courant structural bergerétien (Bergeret, 1974) ne sert pas de modèle de référence à Paris-5 pour en lire ses données. C'est sur la base de l'analyse des contenus au test que De Tychev (2014) repère les avatars de la représentation de soi. Les cotations respectent la hiérarchisation proposée par Nina Rausch en envisageant tous les registres de contenus, du « plus unitaire » au niveau de la représentation de soi « le plus fragmenté » au niveau de l'image du corps (« Squelette » 001, « Anat. osseuse » 002, « Anat viscérale » 003, « Sang » 004) (De Tychev, 2014, p. 131).

Si nous codifions tous les contenus projetés au Rorschach, cela suppose, selon De Tychey (2014), qu'il y a deux niveaux structuraux : névrotique et psychotique. Nous ne détaillerons pas le troisième niveau a-structurel car il ne relève pas de notre domaine de recherche. Au niveau névrotique, De Tychey (2014) remarque :

- Une dominante de contenus humains et animaux entiers non détériorés (cotation 01 et 11) et non déqualifiés, par rapport aux contenus humains et animaux soit parcellaires soit régressifs soit déqualifiés ;
- Une capacité à produire des réponses humaines entières sexuées et associées, au niveau de la seconde colonne de cotation de la grille, à des interactions réciproques positives (item 1) à versant libidinal ou à des interactions d'opposition compétition à coloration agressive (item 2) à ne pas confondre avec la violence fondamentale ;
- Une capacité à donner des réponses animales à dominante entière (item 11), même si des mouvements régressifs passagers sont inévitables (peau d'animal 10 ; bébé animal 12 ; animal Walt Disney 16), avec une capacité de symboliser la puissance phallique dans le bestiaire de la planche IV et éventuellement à d'autres planches (en particulier dans le détail rose latéral de la planche VIII) ;
- Une capacité à manifester une sensibilité maintenue à l'environnement à travers la production (en particulier aux planches pastel) de réponses « Éléments naturels » (item 29), « Botanique » (item 30), « Paysage » (item 33) ;
- Une capacité à donner des réponses symboliques renvoyant à la fois au phallique avec la vision d'objets pointus ou parties d'animal pointues comme cornes ou antennes (items 27 et 18), au maternel contenant (grotte 29, objets en creux, vase 26) et au féminin de manière positive (cotation « F » de la troisième colonne).

Si bien que ce qui sort de ces repères d'une construction identitaire ancrée et solide sont à mettre en saillance en termes d'indicateurs de fragilisation de la représentation de soi. Nous donnerons les détails des cotations qui dégradent la représentation de soi entière unitaire lorsque nous opérationnaliserons nos hypothèses sur ce contenu en termes de degré d'unité de la représentation de soi. À un niveau de structure psychotique de la personnalité, De Tychey (2014) nous suggère que le point commun des trois organisations (mélancolique, paranoïaque et schizophrénique) se trouve dans « l'impossibilité d'accéder à une identité » associée à « une image du corps fragmentée » (Ibid., p. 132). De plus, d'un point de vue de la relation d'objet, les contenus donnés au Rorschach et cotés dans la grille chez les structures psychotiques suivent des repères proposés en fonction du mode d'organisation de la personnalité selon De Tychey (2014, p. 132) :

- Dans la structure paranoïaque, les interactions fantasmées dans les kinesthésies (habituellement fréquentes) sont dominées par la dimension agressive menaçante à valence destructrice ou persécutrice, méfiante ou véhiculant des besoins de protection importants) ;
- Dans le contexte schizophrénique, l'objet n'existe plus : le désinvestissement et le retrait sont tels qu'il y a un désert et plus d'espace kinesthésique, et généralement « pas davantage de capacité même de s'identifier à l'humain tout au long du protocole ».

Dans une proposition plus récente, en 2017, nous avons déployé notre théorisation de la relation d'objet au Rorschach dans la revue suisse *Psychothérapies* en proposant l'évaluation de la relation d'objet en rapport à celle du système américain partant de l'échelle M.O.A *Mutuality of Autonomy* ([868 résultats de recherches concernant cette échelle sont sur Psychinfo et sur Medline selon Monroe et al., 2013] Urist, 1977 ; Urist et Shill, 1982). Otto Kernberg (1974) a évidemment largement influencé le courant américain et notre propre modèle.

Nous²⁶ avons situé l'échelle américaine et sa codification par rapport à notre propre modélisation psychanalytique structuraliste bergerétienne de l'expression de la relation d'objet au Rorschach, avant d'envisager les pistes de recherche qui pourraient lui être

²⁶ Prudent, Evrard, Laurent, Rodriguez, De Tychey, 2017.

consacrées. La catégorisation d'Urist (selon Lerner *et al*, 1980) ne tient pas compte du niveau sexué ou non des représentations projetées en interaction tandis que nous nous attachons à déterminer si les contenus sont sexués ou non (et dégradés) et pouvons coter les représentations projetées grâce à la grille de la représentation de soi (De Tychev, 2014). Les différents niveaux de la relation d'objet repérables au M.O.A au Rorschach sont les suivants

- **Niveau 1 et 2 (niveau oedipien)** : Les figures sont engagées dans une activité ou une relation, où ensemble, impliquées l'une et l'autre, elles expriment une reconnaissance réciproque de leurs individualités respectives. Elles sont vues comme séparées et autonomes. Par exemple : « *Deux ours portant un toast trinquant ensemble* », ou « *Deux personnes ayant une discussion politique animée* ». Au niveau 2 les figures sont engagées dans une activité ou une relation parallèle sans accent affirmé de mutualité, même si elle comporte un potentiel de mutualité : « *Deux femmes faisant leur lessive* ». « *Deux objets se battant* » sera coté niveau 2, mais recevra une cotation plus élevée si une des figures prend un avantage sur l'autre.

4.5.3.1. Niveau 1 de la grille de relation d'objet

Dans une perspective bergerétienne, nous situerions la capacité d'investissements objectaux génitaux comme une dominante du fonctionnement oedipien, caractérisant les organisations névrotiques et regroupant les niveaux les plus matures 1 et 2 de l'échelle de mutualité de l'autonomie d'Urist (1977). Ce niveau, suppose une intégration réussie de l'ambivalence et de la différence et pourrait se traduire dans notre grille, soit par la projection d'une interaction positive sur un mode de complémentarité du type par exemple « *Deux femmes préparant chacune de leur côté les ingrédients d'un bon repas qu'elles vont faire cuire dans une marmite pour leur famille* », soit sur un mode érotisé, « *Deux danseurs, je pense qu'ils vont s'enlacer et s'embrasser à cause du rouge au milieu qui me fait penser à un cœur* ». Dans un contexte oedipien plus conflictuel, l'interaction pourrait aussi prendre un virage négatif d'**opposition-compétition** où les interactions fantasmées reflètent une position identificatoire davantage assumée par le sujet, mais non indispensable pour spécifier ce niveau de représentation de relation d'objet : « *Deux personnes qui se disputent, elles voudraient chacune s'approprier l'objet qui est au milieu* ».

Niveau 3 et 4 (niveau limite) : Les figures sont vues comme dépendantes l'une de l'autre et sans capacité autonome à se soutenir seules, elles sont vues comme accrochées l'une à l'autre : « *Deux pingouins appuyés contre un poteau téléphonique* ». Le niveau 3 exprime une relation de dépendance dans laquelle l'un ou les deux objets doivent s'appuyer sur l'autre pour trouver leur stabilité. Au niveau 4 une figure est vue comme le reflet, le symétrique de l'image de l'autre. L'objet n'existe qu'en tant qu'extension ou reflet de l'autre. On placera ici des images d'ombres, d'empreintes, de jumeaux, de siamois ou d'animaux reliés ensemble, des images de relations en miroir. Dans le *Comprehensive System*, chaque réponse reflet est également cotée 4, voire plus si elle comporte une dimension violente ou destructive.

4.5.3.2. Niveau 2 de la grille de la relation d'objet

Au niveau 2 de la grille de De Tychey (correspondant au niveau 3-4 du MOA), nous situerions toutes les représentations de relations d'objet où l'autre est un double narcissique de soi-même, ainsi, tous les contenus déjà catégorisés de score 4 par Urist (1977) pourraient se retrouver dans ce niveau. Même si nous déconseillons la rigidité dans la cotation et admettons que toutes les grandes formes d'organisation de la personnalité peuvent exprimer ponctuellement ce genre de relations narcissiques (exemple : « *Un ours qui voit son image se refléter dans l'eau du lac* » ou « *Une femme qui se regarde dans un miroir* ») traduisant un mouvement de désinvestissement objectal et de retrait-repli narcissique. Nous faisons pour notre part l'hypothèse que ce mode de représentations de relations est dominant dans les organisations narcissiques de personnalité. Nous ajouterions au niveau 3 une forme de kinesthésie classiquement définie dans les conceptualisations francophones comme des kinesthésies de posture (Rausch de Traubenberg, 1970) ou des kinesthésies statiques (Richelle *et al.*, 2009). Ces réponses expriment un mouvement dépourvu de toute interaction : exemple : « *Une chauve-souris volant dans le ciel* ». Elles sont, selon nous, le reflet d'une centration narcissique sur soi-même déniait toute relation avec l'autre, excluant toute forme de mutualité et à ce titre, il nous paraît légitime de les placer sur le même plan que les réponses précédentes comme traduisant un fonctionnement narcissique. S'ajoutent à cette catégorie les kinesthésies hypomanes comme par exemple « *des feux d'artifices* » planche X comme une lutte antidépressive. Il faut également ajouter, à un niveau faible du niveau 4 toutes les kinesthésies hypomanes, celles de nature sadomasochiques (exemple : « *un chat écrasé dont les boyaux dégoulinent sur le bitume* »).

4.5.3.3. Niveau 3 de la grille de la relation d'objet

Les autres niveaux de la grille d'autonomie de la relation d'objet au Rorschach selon Urist et al. (1977) ne correspondant pas à notre propre grille et nous ne les développerons pas pour ces raisons et invitons le lecteur à prendre connaissance de l'article en question car selon nous, ils ne suffisent pas à rendre compte de toutes les modalités psychotiques de représentations de relation d'objet qui nous semblent pourtant nécessaire de différencier plus précisément, en séparant les différentes organisations psychotiques entre elles. Si bien, qu'au niveau 4 de notre propre grille, qui rendrait compte des représentations de relation les plus pathologique, nous pensons qu'il faudrait hiérarchiser trois niveaux psychotiques. Le niveau 1 : niveau mélancolique (attaques du Moi par identification à l'objet); niveau 2 paranoïaque (dangerosité, méfiance, défiance) et niveau 3 schizophrénique (désinvestissement objectal). Le niveau paranoïaque renvoie comme nous l'avons décrit précédemment à des kinesthésies marquées par la dysmétrie (forts versus faible) et au danger de la pénétration (« *un Alien venu envahir la terre* »).

4.5.4. Grille de la relation d'objet selon le groupe de Nancy résumée

La relation d'objet

	Niveau névrotique Niveau 1	Niveau limite narcissique Niveau 2	Niveau psychotique Niveau 3
Modes de relation d'objet	1. Interaction congruente -interactions positives -prise en compte de l'altérité 2. Opposition/compétition	4. Posture/repli narcissique 5. Dépendance/anaclitique 6. En miroir/narcissique	9. Mélancolique -attaque du Moi 10. Paranoïaque -méfiance/pénétration -défiance/repli -attaque/protection

	<p>-agressivité oedipienne, pas de débordements tragiques</p> <p>3. Allers retours entre désirs et interdits</p> <p>N.B. <i>prendre en compte l'efficacité du refoulement</i></p>	<p>.....</p> <p>7. Hypomane/lutte antidépressive</p> <p>8. Sadomasochique/ emprise perverse</p>	<p>11. Schizophrénique (si l'on peut parler de kinesthésies...)</p> <p>-destruction</p> <p>-fusion/dédoublément</p> <p>-combinaisons fabulées</p> <p>-scènes abstraites</p>
--	---	---	---

4.5.5. La mentalisation au test de Rorschach selon le groupe de Nancy

Dans un article paru en 2000 et co-écrit par Claude De Tychev, Rosine Diwo et Marianne Dollander nous découvrons combien il est pertinent de mesurer les capacités de mentalisation de nos sujets. C'est sur la base des travaux de Pierre Marty psychosomaticien (1991) qui définit la qualité du système préconscient sur la base de trois qualités : son épaisseur, sa fluidité et sa disponibilité dans le temps que les auteurs posent les premiers jalons de leur conceptualisation de la mentalisation au test de Rorschach. Les seconds jalons tiennent à la position de Luquet (1981, 1988) qui distingue quatre modes de traitement psychique visant la voie de la mentalisation (par le somatique, par l'action, par des images dominées par la représentation de choses ou par la voie royale : la parole). Les auteurs nous rappellent que, selon Dejours (1995), la mentalisation renvoie surtout à un « travail de la pensée du sujet sur ses représentations » (Dejours [1995] in De Tychev, Diwo, Dollander, 2000, p. 7). C'est enfin sur les propositions de Lecours et Bouchard (1997) que De Tychev et al. (2000) fondent leur approche opérationnelle de la mentalisation au Rorschach. Lecours et Bouchard (1997) considèrent : a) **la représentation**, qui est définie comme « le processus

d'élaboration et d'utilisation d'une image mentale stable de la chose à la place de la chose » venant lier les expériences originelles à des images et à des mots, elle constitue une première étape vers l'élaboration mentale ; b) **la symbolisation** : elle est posée comme " une fonction qui lie les représentations mentales déjà formées ; c) **La mentalisation** qui désigne « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation » conduisant selon Dejours (1995) à une « transformation » et à une « élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées » . (Dejours in De Tychev et al., 2000, p. 8).

Par ailleurs, selon De Tychev et al., (2000), Lecours et Bouchard (1997) définissent la symbolisation comme « **une utilisation abstraite de représentations en remplacement des éléments concrets de l'expérience pulsionnelle immédiate** ». De Tychev note chez les auteurs l'idée d'une « gradation, de degrés dans le travail de symbolisation qui peut être très bien opérationnalisée au Rorschach ». C'est à travers la nature de la verbalisation des contenus projetés et la qualité de leur valeur symbolique appréhendée dans la grille de Cassiers (1968) issue de son ouvrage sur " *le Psychopathe délinquant*" que De Tychev et al. (2000) opérationnalisent cette notion, nous verrons comment. Mais d'abord, retenons que les auteurs envisagent la validité de la mesure de la mentalisation dans la perspective du modèle bergerétien, reprenant à leur compte la proposition de Bergeret (1986) selon laquelle l'imaginaire revient à la capacité d'engendrer des fantasmes, des rêveries etc. De Tychev et al. (2000, p. 11) proposent dans un premier temps de repérer un espace imaginaire cadencé ou totalement abrasé au Rorschach, à travers des indicateurs spécifiques (ci-dessous) et proposés en appui aux travaux de Chabert (1987) et de Marie-Frédérique Bacqué (1992). Nous pensons retrouver ce genre d'indicateurs (proposés par De Tychev et al., 2000, comme des indicateurs du « cadencage » de l'espace imaginaire) au sein de la catégorie de facture décrite par Chabert (1987) comme le « désert psychotique » (hébéphrénies et schizophrénies simples de notre échantillon). Il nous semble que les patients paranoïdes de notre échantillon, et surtout les sujets de structure paranoïaque décompensée, devraient plutôt remplir la plupart des critères d'un espace imaginaire riche (les non-décompensés sont méfiants et moins projectifs, sauf en cas d'alliance très solide, mais cela dépend également des capacités propres à tout un chacun). À savoir que les sujets de notre échantillon fourniront des contenus de réponses anatomiques et abstractions, indicateurs négatifs propres à leurs structures. Dans

tous les cas, nous pensons que l'indicateur de l'espace imaginaire est absolument à compléter à la capacité de symbolisation pour composer les indicateurs d'évaluation du niveau de mentalisation au Rorschach (espace imaginaire riche + bonnes capacités de symbolisation [Cassiers, 1968] = une bonne mentalisation ; et inversement). Voici les indicateurs de l'espace imaginaire (indicateurs négatifs à coter positivement si la tendance est inversée à celle proposée) :

- Une réduction de la productivité globale au test (nombre de réponses R faible) ;
- Une augmentation du pourcentage des réponses formelles (F% supérieur à la norme) et de réponses formelles bien vues (F+% supérieur à la norme) témoin d'un accrochage rigide à la réalité externe au détriment du monde interne ;
- Un nombre faible de réponses kinesthésiques ;
- Une augmentation des réponses animales (A%) ou banales ou la présence d'un contenu infiltrant la production de manière stéréotypée (ex: les réponses anatomiques) ;
- Une pauvreté de la production de déterminants diversifiés synonyme bien souvent d'un type de résonance intime tendant vers la coartation ;
- Un style de verbalisation où la planche est traitée davantage comme un objet de connaissance que d'implication, avec une référence par exemple fréquente à la symétrie et à l'abstraction ;
- Une absence de sensibilité à la symbolique des planches et à leur contenu latent.

La mentalisation est définie par De Tychey et al., (2000) dans la droite lignée du concept bergerétien. Les auteurs écrivent :

La mentalisation correspond pour Bergeret (1991) à « l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire ». C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire ; c'est à dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire. (Ibid., p. 12).

La mentalisation est donc abordée à partir de l'espace imaginaire disponible puis des indicateurs de la grille de Cassiers (1968), qui prennent en compte deux critères principaux pour mesurer la qualité du niveau d'élaboration symbolique d'une représentation au test de

Rorschach : sa distance par rapport à la pulsion qui l'a générée ainsi que sa surdétermination pulsionnelle. Sur cette base sont distingués 4 niveaux de symbolisation des réponses au test de Rorschach, cotées entre B, C, D et E selon un système dégressif. B= 2 points si la forme est valable (sinon 0) ; C= 1 point si la forme est valable (sinon 0) ; D= -1 ; E= -2 (pondérer par le nombre de réponses).

Ainsi, sur la base, d'une part de la qualité, de l'épaisseur, et de la stabilité de l'espace imaginaire, nous repérons ensuite le niveau global de la symbolisation (niveau IES) en prenant en compte les sous-catégories (pour appréhender finement la psyché), de type féminine-maternelle, masculine-phallique et phallique-agressive. Une note inférieure à + 0,5 à l'indicateur IES indique un très faible niveau de symbolisation et induit des risques de mises en actes hétéro ou auto agressives (ou de somatisation dans certains cas de stigmates au test de centration sur le corps) en fonction de la valence plutôt projective ou inhibitrice des mécanismes de défense du sujet testé au Rorschach. Si bien que, même si l'espace imaginaire est évalué par des indicateurs majoritairement positifs, et si en revanche l'IES est inférieur à + 0,5, nous ne pourrions conclure à un niveau de mentalisation de qualité. La mentalisation dépendant, nous le rappelons, à la fois de l'espace imaginaire et à la fois du niveau de symbolisation. Il semble que nos sujets, de par leur niveau de développement psychoaffectif ne pourront atteindre des notes élevées à l'IES et obtiendront souvent, voire presque toujours des notes inférieures à + 0,5. Non pas qu'ils soient psychopathes, mais nous le savons, dans la psychose, la voie d'élaboration est souvent celle que nous n'avons pas encore évoquée dans cette partie : le délire. Nos patients souffrent soit de symptômes positifs de type hallucinations soit de symptômes négatifs du type désertification de la psyché ou se situent parfois entre les deux... Nous y reviendrons lors de notre analyse de la forclusion du NDP au test.

4.6. L'Ecole de Lausanne et les psychoses dissociées

4.6.1. Absence de conscience interprétative et crise identitaire dans la psychose

Au sein du groupe Suisse, c'est en attribuant un sens aux indicateurs du discours au sein d'une structure de personnalité conçue en référence à Bergeret (et une référence à Kernberg

[1974] mais marquée aussi, en lien avec une trame de construction des schèmes piagétien, et des rôles qu'ils prennent chez le sujet, que les auteurs analysent les données au Rorschach. Il s'agit d'une étude qualitative centrée sur le discours au test. Il nous semble qu'en cela le modèle du groupe suisse se situe à l'interface entre le modèle français, parisien, lyonnais et nancéien et du modèle américain actuel, le R-PAS. Le modèle suisse est pour nous l'occasion d'une passerelle entre une approche centrée cognitivo-empirique et une approche des fonctionnements psychiques dynamiques et des enjeux pulsionnels et économiques de la psyché. Le groupe suisse, clairement structuraliste, se définit avant tout bergerétien et écrit (Husain, Choquet, Lepage, Reeves, Chabot, 2009) que la lecture des symptômes présente l'inconvénient de ne pouvoir assurer l'équivalence entre **visibilité symptomatique** ou comportementale et **organisation psychique**. (Ibid., p. 180). Ils préfèrent considérer, quitte à se trouver « à contre-courant des classifications nosologiques, tels les DSM successifs », les niveaux structuraux que sous-tendent les différents symptômes considérant que des symptômes identiques peuvent être présents dans des structures de personnalité différentes. Nous rejoignons en cela nos collègues suisses.

Les travaux de ce groupe sont nombreux et leurs apports considérables dans la question des psychoses au test de Rorschach dont nous allons tenter une synthèse. Très attachés aux travaux de Bohm (1955), les suisses ont accordé une part importante dans leur analyse au test à la question de la **conscience interprétative** pour la prise de décision diagnostique. Le lien est établi entre cette conception et celle de Winnicott (1971) nommée « aire transitionnelle » (Husain, 2005, p. 627).

La conscience interprétative, selon Husain (2005), représente l'une des particularités du test de Rorschach, duquel semble naître de la distance entre ce qui, en français, est appelé « engramme » et le complexe de sensations, distance variable que Bohm (1955) décrit à travers la notion de « conscience interprétative ». Husain (2005) nous le rappelle, c'est en termes quantitatifs que Bohm classe les **altérations de la conscience interprétative** qu'il a observées : **accentuée versus abolie versus diminuée**. Pour les suisses attachés à l'analyse du discours cette question est primordiale car elle témoigne de « toute la non intégration de la polysémie du matériel », selon eux.

Dans la paranoïa ce phénomène s'exprime très clairement en ce sens où les formulations de doute et de certitude relèvent toutes deux de « la conviction qu'il existe une solution unique correcte » (Husain, 2005, p. 628). Rousselle et al. (1989) avaient déjà mis en évidence l'altération de la conscience interprétative (concept né de Bohm, 1955) chez les sujets de structure paranoïaque. Selon Rousselle et al. (1989) les épreuves d'interprétation sont assimilées à des « rébus à déchiffrer » par ces sujets qui semblent croire que les planches du test auraient une « signification précise », et qu'ils se doivent de « décrypter cette intention ». Dès lors, l'attitude prédominante du paranoïaque selon les auteurs suisses, dans le test projectif correspond à « un surinvestissement de la dimension perceptive au détriment du pôle fantasmatique » (Rousselle et al. 1989, p. 889). Le paranoïaque n'admet aucune subjectivité dans son activité de penser, il veut coller au plus près du réel.

Rossel et Merceron (1994), ont également questionné la conscience interprétative et selon qu'elle s'applique à « l'interprétation proposée » ou à « l'exercice de la pensée ». (Ibid., p. 453). C'est ainsi qu'elles signalent qu'une des spécificités du penser paranoïaque, sera d'exprimer du doute directement sur sa propre pensée : on remarque, dans les protocoles psychotiques (surtout paranoïaques ou à traits paranoïaques), que les conditionnels sont appliqués bizarrement à l'exercice de la pensée (« *on pourrait penser que...* », « *ça pourrait faire penser...* », « *on pourrait croire qu'on pense...* »), ce qui montre selon les suisses (Husain, 2005 ; Rossel et Merceron, 1994) que le sujet s'interroge sur la pensée comme processus attestant par-là de la non-compréhension de son appartenance au monde intérieur.

Les suisses repèrent également un artéfact, une confusion entre ce que Piaget et Inhelder (1955) ont nommé les « quantités continues » et les « quantités discontinues » (Husain, 2005, p. 628), dans la mesure où l'identité de chauve-souris ne peut pas se graduer : « elle est ou n'est pas » et si le recours au conditionnel n'indique pas nécessairement une « bonne conscience interprétative », il en est de même pour les références à la : « représentation » ou à l'« imagination » selon Husain (2005).

Husain (2005) repère une confusion sujet-objet dans le mode de traitement du sujet psychotique dissocié : « ce n'est donc pas le sujet qui représente une chose mais la tache qui pourrait représenter une chose ou une autre, en fonction du sens que le sujet lui donne « provoquant une confusion issue de l'impossibilité, pour le sujet, à situer la source de

sa pensée, par exemple planche X : « *il y a beaucoup d'imagination là-dedans* ». Cette façon de mélanger les éléments perceptifs et l'élaboration propre dans la réponse Rorschach que le sujet psychotique construit, traduit selon Husain (2005) une **déficience dans l'élaboration des limites entre Moi et non-Moi**, et donc des troubles graves dans la constitution de base de l'identité. Selon l'auteure, interpréter implique « le recours à un système de représentation » et encore faut-il parvenir à distinguer « les deux termes de la représentation que sont le représentant et le représenté » et il semblerait que les organisations psychotiques posent constamment ce problème au test d'après les observations du groupe suisse (1989, 1994, 2001, 2005).

Christine Rebourg-Roesler (2001), enseignante quelques années à l'Université de Nancy-II, a corroboré le modèle du groupe suisse grâce au point de convergence du modèle bergerétien entre nos deux écoles, venant proposer son analyse esthétique du Rorschach. Il est vrai que sa thèse est poétique et qu'elle nous a beaucoup inspirée depuis le début de notre parcours pour sa finesse clinique. Les apports de Rebourg-Roesler (2001, 2003, 2007) sont conséquents en termes de compréhension de la schizophrénie au test de Rorschach. C'est notamment à travers la stylistique de Virginia Woolf qu'elle tente de traverser l'univers de la psychose. Elle relève dans la facture de ses poèmes l'expression de la déliaison par « une syntagme fragmentée », « l'accolement de termes antagonistes » et par « l'hyper présence de la sensation » (Rebourg, Roesler, 2007, p. 78).

Le sens échappe chez Woolf, selon Rebourg-Roesler (2007), au profit de la sensation par un mode narratif qui favorise la « continuité phonique » à la continuité formelle par la saisie du réel. Évidemment, le lien est fait avec la question de l'« appareil à penser les pensées » de Bion (1967 in Rebourg-Roesler, 2007) et l'attaque contre les liens dont nous avons présenté les fondements en partie II. Ce que Rebourg-Roesler (2007) qualifie de « brisure syntaxique » prend sens comme une « brisure identitaire » dans la schizophrénie (de type schizoaffective chez Woolf) : « on sait combien le schizophrène perd le sens de sa propre pensée et perception. Il vit le drame de l'inquiétante énigme des origines » (Rebourg-Roesler, 2007, p. 80). Woolf se confond avec le TOUT selon Rebourg-Roesler (2007), elle est « cosmique » et « a-temporelle », « un morceau d'elle-même se confond avec l'infini ». Mais alors comment cela se traduit-il au test ? À travers les **figures d'hypallages** où « la troisième personne devient JE et de l'auteur sans transition » traduisant la « confusion identitaire ».

(Ibid., 2007). À travers des **figures antithétiques** : « *ces affreux vauriens si beaux* » proche de l'oxymore pratiquée dans la perversion (Ibid., 2005) ; et enfin à travers le « déport de visions » qui revient à l'**énumération de détails infimes** (Ibid., 2007). Ces procédés dépendent de ce que l'auteure nomme « la stylistique de la fragmentation » où l'identité personnelle est une « fiction » support de sensations, plus subies que vécues.

En 2001, Rebourg-Roesler met en lumière des troubles de la « méta-représentation », et « l'absence de locuteur », chez le schizophrène. Selon l'auteure, ces sujets ne se sentent pas « auteurs de leurs productions ». Ce constat rejoint celui d'Husain (2005) où le destinataire, dans la schizophrénie, le plus souvent n'existe pas, il est soit dénié, soit tenu à distance car jugé intrusif et persécutant. Parmi les troubles de la chaîne parlée, Rebourg relève des ruptures de l'enchaînement, des amalgames syntagmatiques (« *une sourailée* »), un piétinement syntagmatique autrement dit, une circularité des propos (« *un ours, parce que cet animal est un ours* »).

Dreyfus et al. (1989) ont publié une étude comparative entre schizophrénie simple et schizophrénie paranoïde sur le plan de la perception, les schizophrènes gèrent difficilement la symétrie des planches et les sujets ne prennent en considération qu'un côté de la planche et parlent d'un animal, d'un crabe, etc. (cependant ce choix n'est pas du tout spécifique qu'à ce type de sujet, il peut être fait chaque fois qu'il y a un mouvement de repli sur soi de l'individu) alors que la plupart des gens se réfèrent simultanément aux deux côtés. Traduisant un trouble identitaire enfin, il arrive parfois que ces sujets donnent des réponses reflet où il est impossible de distinguer le personnage du reflet, phénomène qui vient signer la confusion sujet-objet.

Rebourg-Roesler (2007) nous prévient : « Le rorschachien va vouloir introduire du sens dans l'insensé, du continu dans la déliaison, du lisible dans l'obscur. Nous sommes là au cœur des effets du contre-transfert » et nous la rejoignons, dans le sens où le risque est de déformer le reflet que nous renvoie le test pour pouvoir saisir quelque chose d'un univers pulsionnel et économique différent du nôtre le plus souvent et auquel il faut rester sensible, sans préconceptions et où la figure de répétition peut « jouer un écho infini » (Rebourg-Roesler, 2007, p. 83) et particulièrement assourdissant dans les psychoses dissociées...

Husain et al. (2001) ont fait une étude comparative qualitative entre le schizophrène paranoïde et le paranoïaque dans un ouvrage intitulé psychopathologie et polysémie. Les auteurs suisses insistent sur l'importance qu'il y a de distinguer les sujets paranoïdes des sujets paranoïaques et déplorent que la nosographie anglo-saxonne ne fasse pas cette distinction. Ils rappellent que Kernberg (1985) et Racamier (1990) postulent tous les deux en faveur de l'existence d'une continuité entre la paranoïa et les organisations narcissiques et se fondent sur les oppositions proposées par Racamier (1990) entre paranoïdes et paranoïaques et optent pour une personnalité « davantage ancrée » du paranoïaque dans la réalité que chez le schizophrène. Husain et al. (2001) écrivent : « La mise en évidence, aux techniques projectives, d'un Moi plus constitué dans la paranoïa que dans la schizophrénie paranoïde semble appuyer l'hypothèse d'un moment fondateur du Moi. » (Husain et al, 2001). Les auteurs se réfèrent à Bergeret (1974) lorsqu'ils rappellent que le sujet paranoïaque se défend contre une angoisse de morcellement par pénétration anale, ce que De Tychey et Sagnes (1989) ont mis en évidence cliniquement dans l'étude du protocole d'un patient paranoïaque. Les auteurs considèrent qu'au test, le paranoïaque prévient les attaques dangereuses de l'extérieur. Enfin, en 1990 Rousselle, Husain et Dreyfus ont différencié les « prudents » et les « méfiants » en analysant la place que tient l'autre dans le discours du sujet. L'objet est assujéti chez les « prudents » et persécuteur chez les « méfiants » selon les auteures et c'est aussi dans ce texte qu'elles mettent en évidence une forme d'insistance sur la symétrie comme une composante sur laquelle est projetée la méfiance retrouvée fréquemment dans les protocoles de facture paranoïaque, ajouté à l'insistance sur le risque vis-à-vis du testeur et du concepteur du test.

4.6.2. Les phénomènes particuliers et les troubles de la pensée

L'étude des phénomènes particuliers²⁷ au Rorschach est un second jalon proposé par l'école Suisse dans son analyse spécifique du discours au test et en lien principalement avec

²⁷ *Les phénomènes particuliers au Rorschach. Une relecture pointilliste volume II* (2017). Frieda Rossel, Odile Husain, Olivier Revaz

son référentiel piagétien, quoi que sous-tendu aussi par le structuralisme bergerétien et la forme de processualisme de Racamier (1990) qui situe un pont entre les organisations paranoïaques et narcissiques. Il ressort de très nombreux indicateurs pour les psychoses, que nous allons tenter de synthétiser. D'emblée, dans le chapitre I : *Les troubles de la représentation envisagés sous l'angle piagétien : à partir d'une réflexion sur le symbole* Rossel et Fischer (2017, 2^{ème} édition de 2005) nous indiquent que dans la théorie des psychoses, « tous les auteurs » évoquent « les troubles de la pensée en tant que signe distinctif » de cette entité psychopathologique. Le décor est posé dans le sens où, selon nous, Bergeret (1974) fait de cet indicateur un élément secondaire et conséquent aux motions pulsionnelles et aux mécanismes défensifs mis en œuvre dans le rapport au monde interne et externe du sujet. C'est certainement le point de divergence entre notre modèle strictement bergerétien et celui du groupe suisse.

La théorie explicative la plus satisfaisante pour expliciter la majorité des troubles de la pensée chez les sujets de structure psychotique (quelle que soit l'organisation de la personnalité) semble être la théorie piagétienne pour le groupe suisse qui en s'intéressant à « la psychogénèse de la pensée et de la représentation », permet de rendre compte du « vaste champ des troubles de la représentation » (Rossel et Fischer, 2017, p. 19). Les auteures décomposent leur analyse en trois parties : la notion de symbole ; les images du langage et leur concrétisation ; les phénomènes particuliers archaïques : différentes confusions liées aux troubles de la représentation (nomination couleur : chiffres, lettres et figures géométriques ; les réponses nombre et position ; confusion durée/momentanée ; confusion continu/discontinu ; confusion animé/inanimé ; troubles de la réversibilité).

Rossel et Fischer (2017) s'appuient sur Piaget qui a nommé « fonction symbolique » la fonction sémiotique. Les auteures estiment que l'appréhension de cette fonction devrait permettre avec le plus de pertinence possible « l'accès à la compréhension de la notion même du symbole », au sens d'Umberto Eco (1988), autre référence phare du modèle suisse. Les auteures se sont ainsi intéressées au maniement de la métaphore et à sa concrétisation par les psychotiques, les schizophrènes en particuliers. Selon Rossel et Fischer (2017, p. 20), le maniement du symbole et de la métaphore a en commun « la nécessité d'avoir intégré la notion de concept et de comprendre le sens figuré ». Elles nous rappellent que de nombreux auteurs, (Freud, 1915, Racamier, 1955, Blatt et Wild, 1976, Irigaray, 1985 et Bergeret, 1974)

évoquent la problématique de l'utilisation inadéquate du sens figuré par les schizophrènes mais qu'ils « n'en excluent pas la psychogénèse » et s'en réfèrent à Vygotski (1934) qui considérait qu'il s'agissait d'une anomalie du langage dont l'étiologie est organique. (Rossel et Fischer, 2017).

Evidemment, nous pourrions porter beaucoup d'intérêt au repérage précieux que fait le groupe suisse de la sémiologie du discours schizophrénique au test mais nous ne pourrions partager leur avis concernant ce point théorique épistémologique fondamental, en raison de notre fondement théorique bergerétien et freudien exposé en partie II.

Rossel et Fischer (2017, p. 24-25) nous indiquent que l'accession au symbole a beaucoup questionné les projectivistes et qu'en psychopathologie il est nécessaire de différencier le signe du symbole et que, comme l'ont noté Andronikof et Sanglade (1993), nous avons coutume en psychologie clinique et projective en particulier, d'employer les termes « abstraction » et « symbolisation » comme des synonymes. Cela serait une erreur car la distinction permettrait de comprendre pourquoi les schizophrènes peuvent être « compétents dans le maniement des chiffres mais méconnaître le sens figuré, la métaphore ». Selon les auteures, l'emploi du mot « symbolique » ne signifie pas nécessairement l'intégration de cette notion, la preuve en serait qu'au Rorschach, ce sont les psychotiques qui l'énoncent à travers des verbalisations du type : « *symboliquement des animaux* », « *le symbole d'un pavot* », « *un symbole de drapeau* », « *deux personnages symbolisés* » ; mais que cette utilisation est erronée et due « à la méconnaissance de la notion même de symbole » comme dans ces exemples où le symbole est confondu et caricaturé, voire rendu abstrait et venant signifier « que la représentation n'est pas conforme » à la réalité.

Les abstractions au Rorschach (« la mort », « l'angoisse », « un départ », etc.) sont des termes qui se réfèrent à d'authentiques symboles pouvant être utilisés comme équivalents « savants ou polis ». L'exemple le plus fréquent au Rorschach est celui de « phallus » selon les auteures qu'elles désignent comme une « pruderie » qui recouvre le plus souvent une ignorance du sens exact des termes. Rossel et Fischer écrivent : « Une condition *sine qua non* du symbole est qu'une chose est représentée par autre chose » (*Ibid.*) nous indiquant que l'on ne peut par ailleurs symboliser ce qui est concret... Une fleur, par exemple, le lys, symbolisera la pureté mais a aussi symbolisé la royauté... Ainsi, **seules des notions abstraites peuvent être symbolisées**, et ceci par le biais de la **concrétisation**.

Le paranoïaque se fonde sur des indices obsessionnels en les sur-signifiant et c'est ainsi qu'il est possible d'entendre les « prémisses fausses de son argumentation » (Ibid., p. 26). Cette forme de raisonnement, classée dans les « procédés rigides » est considérée comme relativement évoluée par Shentoub et ses collaborateurs en 1998 dans la grille au T.A.T., alors qu'elle correspond à un mode archaïque de la pensée. Au niveau suivant, que Piaget (1947) a nommé « représentatif » (Rossel et Fischer, 2017), les signifiants vont se différencier des signifiés et dans le développement psycho-génétique, le jeune enfant traverse normalement une phase au cours de laquelle il « crée » des signifiants à son gré, le dépassement de ce stade implique l'acquisition de la notion de constance et d'adhésion aux normes collectives et l'évolution du signifiant en signe. Celui-ci est **conventionnel, arbitraire**, et apparaît durant la seconde année de vie avec le début du langage dans la façon dont le conçoivent les linguistes de l'école sausurienne, c'est un signifiant « arbitraire », lié à son signifié par une convention sociale et non par un lien de ressemblance ; rien de plus. Tels sont le mot ou le signe verbal et le « symbole » mathématique nous enseignent Rossel et Fischer (2017) en précisant que ce qui est social, est par conséquent susceptible de se généraliser à l'expérience individuelle permettant en la formation des signes, le développement de la pensée rationnelle : « l'enfant aura besoin de 5 à 7 ans pour apprendre à maîtriser le langage parlé du point de vue du vocabulaire et de la syntaxe, et pour intégrer peu à peu l'usage du sens figuré » (Idem.).

Ainsi, la « sémiotique de la métaphore » passe par une « sémiotique de la culture » selon Rossel et Fischer (2017) et parmi « les lois pragmatiques qui régissent l'acceptation des métaphores » il existe aussi « des lois socio-culturelles qui instaurent des limites » et en plus de l'acquisition du « figuré des mots », l'enfant devra donc intégrer également quelles expressions sont « répertoriées comme images du langage ». (Idem.)

Selon les auteures (2017), les schizophrènes ne peuvent utiliser adéquatement les métaphores car « le maniement adéquat de ce dernier nécessite l'intégration de la notion de concept », tout comme de la notion de symbole. La notion de concept ne peut se développer qu'à l'adolescence, selon les auteures en référence à Vygotski (1934), or, c'est bien au cours de cette période que les troubles du langage deviennent patents chez les schizophrènes, nous indiquent Rossel et Fischer (2017, p. 29). À ce propos, elles insistent sur le fait que Racamier (1955) constate chez le schizophrène un langage, pour autant qu'il soit « cultivé », comme « objet en soi » (« *il s'appelle Pierre et son cœur est dur comme la pierre* » dixit l'un de nos

patients), n'est pas toujours un instrument de communication et ne se plie pas aux exigences des relations avec autrui ; traduisant ainsi une profonde altération à la réalité et le report de son intérêt sur la matière inanimée du langage » (Rossel et Fischer, 2017, p. 30). Ainsi dans la psychose, selon la formule de Freud (1915), **les mots sont traités comme des choses** dans la mesure où, « à partir d'une similitude entre les signifiants, le sujet conclut à une similitude entre les signifiés ». (*Idem.*) Et les techniques projectives sont des instruments de choix pour mettre en évidence les concrétisations des images du langage et leur pratique amène à observer de manière récurrente chez les sujets psychotiques « l'utilisation concrète des images du langage », ceci en raison « d'une méconnaissance du sens figuré » (un des exemples choisis par les auteurs est : « *Ces tests ont dû faire couleur beaucoup d'encre !* »). (*Idem.*)

Les différents phénomènes particuliers regroupés par le groupe suisse ont, selon eux, en commun d'apparaître dans le contexte de « fonctionnements archaïques », que ce soit dû au bas-âge (enfants avant la pensée conceptuelle), « aux entraves du développement » (déficience mentale, séquelles de psychose infantile, schizophrénie) ou encore parfois aux « dysfonctionnements psycho-organiques » (atteintes diverses de l'encéphale à la suite de traumatismes crâniens, d'intoxications, ou de processus démentiels). Un excellent exemple de la confusion représentant/représenté selon Rossel et Fischer (2017) se trouverait souvent dans l'utilisation de l'adjectif « petit » ou « grand » au Rorschach et il serait très pertinent à l'enquête d'en faire commenter la raison par le sujet car selon les auteures, dans les structures psychotiques, le motif implicite est qu'on ne peut pas représenter en petit ce qui est grand dans la réalité et inversement. (Exemples [p. 30] : « *Un petit papillon* » ; « *Un grand monstre* » parce qu'il est grand sur l'image ; « *Poumons d'enfants* » [?] parce qu'ils sont petits »). Ces exemples de **confusion représentant/représenté** semblent être reliés à l'infantilisme des sujets testés.

L'énoncé coté NC (Nomination Couleur) et fréquemment donné par les sujets psychotiques est analysé selon le groupe suisse comme équivalent produisant une confusion entre un objet et sa caractéristique éventuelle. Les schizophrènes, quand ils nomment des couleurs, les lient souvent à des notions abstraites et hermétiques, nous indiquent les auteures (2017). Ils confondent le vu, le perçu et le pensé, le présent et l'absent. Rossel et Fischer (2017) nous rappellent que Bohm (1951) relève que la seule présence de réponses nombre ou position revêt une signification diagnostique orientant presque toujours en direction de la

schizophrénie ou de la schizoïdie. Il observe également que les **réponses position** portant sur l'anatomie ne sont pas rares dans la débilité mentale. En effet, ces réponses relèvent d'un savoir anatomique, rapporté à soi, d'un vécu corporel élémentaire selon les auteures et elles indiquent qu'au temps de Bohm les sujets classés dans la débilité mentale (oligophrénie) donnaient également un détail Do (détail oligophrénique). Dans la cotation classique, le Do est presque toujours coté F+ en raison de la bonne forme sur le plan perceptif, et ceci par définition mais le groupe suisse le cote F- (et nous les rejoignons, il détériore la représentation de soi entière unitaire), et met en évidence l'appréhension particulière qui signe le manque d'intégrité corporelle ainsi exprimé. Ces réponses Do (cotées actuellement Di par l'Ecole de Paris), portent le plus souvent sur le corps mais ne doivent pas être confondues avec les descriptions et les explications spontanément fournies, telles planche III : « *deux personnages, la tête, le corps, les bras, les jambes* ». Les réponses position sont toujours de mauvaises formes (F-) en raison des critères invoqués ; en effet, « le sujet tente d'établir des liens de causalité sur la base d'une méconnaissance du réel par une rationalisation absurde ». (Ibid. p. 36). Rossel et Fischer (2017) nous indiquent que Beck (1967), sur lequel nous nous arrêtons lors de la prochaine section, désignait également les réponses position comme relevant de la schizophrénie parce qu'elles résultent d'un processus de pensée « fortuite », fondé sur des éléments « qui se présentent accidentellement dans le champ de vision du sujet plutôt que sur des faits et sur la logique » comme c'est le cas dans la pensée dite « normale ».

Rossel et Fischer (2017) reprennent le concept de « confabulation » de Blatt et Wild (1976) qui ont observé chez les sujets psychotiques des réponses qu'ils nomment ainsi et au sein desquelles les différentes perceptions sont reliées de manière **arbitraire, irréaliste**, en fonction de leur contiguïté spatiale ou temporelle, ce qu'ils mettent en lien avec l'altération du processus qualifié par eux de « symbolique ».

Evidemment il faut être attentif à ne pas confondre une contamination avec une confabulation qui relève « d'un mouvement normal dans le développement infantile » mais qui ne « l'est plus ensuite à l'âge adulte » (Ibid., p. 38). Mais il faut être attentif, rappellent les auteures, car au Rorschach, le même contenu peut être donné comme une démultiplication relative au manque d'unité de l'identité : « *Là je vois une chauve-souris à peu près, trois chauve-souris [?] je les vois juxtaposées, c'est vu de dos, elles se tiennent mutuellement* » ; « *Un double oiseau, un oiseau dans un oiseau...* » Traduisant de graves troubles de la pensée.

Les réponses données en fonction de la contiguïté spatiale font appel à ce que Rapaport et al. (1968) ont nommé « un transductive reasoning » selon Rossel et Fischer (2017), autrement dit, « la signification attribuée à une partie de l'engramme détermine la signification de l'autre partie » (Ibid., p. 40). Palem (1969) parle de manière plus générale, d'association mécanique (par contiguïté, ressemblance et contraste) et se réfère à Piaget qui qualifiait une telle pensée de **transductive**. Dans sa thèse, Husain-Zubair (1992) relève, chez les séquelles de psychose infantile, des énoncés semblables qui lient le contenu représenté à son environnement naturel comme s'il n'existait aucune autonomie d'identité de l'objet en dehors de cet « encapsulage ».

Husain-Zubair (1992) a mis en évidence dans sa thèse des phénomènes tels la confusion entre le continu et le discontinu, comprenant de graves confusions de classes (« Un peu de la femme (rouge inférieur) » ; « Un peu de chauve-souris »). Ce phénomène a été signalé parmi les formulations non-cotables par Rossel, Hussain et Merceron en 1986 et illustre un contenu, « qui n'a rien d'insolite » et « qui peut même être une banalité » tout en témoignant par ailleurs « du trouble des limites du Moi », en raison « d'une erreur grammaticale ou d'un maniement incorrect de la syntaxe ». (Rossel et Fischer, 2017, p. 41). *Nota Bene* : dans notre cotation selon le groupe de Nancy, nous mettons (Ban) entre parenthèses et nous permettons de coter F- quand les dérapages sont trop importants.

4.6.3. Conclusion

À la suite de Rorschach, Bohm (1951) a coté les confabulations et a précisé qu'elles ne se rencontraient pas seulement dans les DG- de mauvaises réponses mais aussi dans les G, D et Dbl qui peuvent également être confabulées. Bohm (1951) les qualifie d'Orig- et c'est ainsi qu'il cotait, par exemple, la réponse « lune » à la planche X (brun disque latéral inférieur) comme nous le rappellent les Suisses, fidèles à ses préceptes. Bohm (1951) cotait aussi confabulation lorsque la couleur du stimulus n'était pas respectée.

Comme le rappellent Rossel et al. (2017), pour Beizmann (1966) la confabulation signale des réponses confabulées combinatoires à retardement (DD/Gz) et ces arrangements confabulatoires sont intégrés dans le type d'appréhension comme chez Rausch de Trautenberg (1971). Anzieu et Chabert (1983) cotent les G confabulées (DG et DdG) et les généralisations abusives d'un détail dont le versant projectif devient dominant et l'originalité

excessive. Pour les parisiens, elle signale **la perte de contact avec la réalité**, nous indiquent Rossel et al. (2017).

Nous pousserons plus loin l'exploration concernant confabulations et contaminations à travers la présentation du modèle américain, car Kleiger et Kleiger (1993) et Kleiger (2017) ont travaillé sur la confusion dans la littérature Rorschach dans ces concepts et à la suite de Holt (1968), comme nous le verrons, Kleiger (2017) a déploré l'extension de l'usage du terme « confabulation » à différents types de phénomènes.

Nous prendrons en considération dans notre travail assez souvent le point de vue de l'Ecole suisse, tout en finesse dans sa manière d'entrevoir les protocoles des sujets psychotiques dissociés, et même si nos points de repères théoriques divergent parfois, il ne fait aucun doute que nos méthodes sont complémentaires et que nous apprendrons toujours énormément de leurs apports, à l'instar de ceux de l'Ecole de Paris, dont nous nous sentons le plus proche.

4.7. L'Ecole Américaine

La validation des données normatives dans cette approche du test a été réalisée sur un échantillon constitué de 700 protocoles de plus de 13 réponses et portant sur la population américaine. Ces données ont été accumulées sur une période de plus de 20 ans dont le groupe de 700 adultes non-consultants a été stratifié selon la distribution géographique et partiellement stratifié selon le niveau socio-économique (Exner, 1993). Les travaux de validation et de fidélité entrepris par les adeptes de la méthode Exner à travers le monde (Amérique du Nord, Amérique du Sud, Europe, Inde, Chine, etc.) ont largement contribué à la popularité actuelle du test de Rorschach et nous leurs en sommes reconnaissants. Actuellement, la cotation de l'Ecole de Paris est utilisée dans de nombreux pays, permettant de répondre aux critiques incessantes sur le test malgré que J.-B. Hiller et al. (1999) dans la méta-analyse du MMPI (Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minesota) et du test de Rorschach mettent en évidence que ce sont les deux instruments les plus utilisés pour l'évaluation de la personnalité et de la psychopathologie. (Lubin et al., 1984 ; Piotrowski et al., 1992). En dépit du fait également, que Mihura et ses collaborateurs aient montré en 2012, par le biais d'une méta-analyse la validité des contenus au test. En 2015, Mihura a dû répondre à nouveau aux critiques au sein des sphères savantes américaines au sujet de la

validité des échelles de contenus, échanges desquels il ne ressort pas de consensus, même s'il n'est clairement pas prouvé que le test soit si biaisé que les auteurs sceptiques veulent le faire croire. Il s'agit au contraire, d'un test qui ne dévoile pas ce qu'il teste et en cela il a déjà une grande avance sur les questionnaires, principaux outils psychologiques à l'heure actuelle. De plus, les échelles de contenus témoignent, comme l'indique Mihura (2015) en réponses aux critiques de Wood et al. (2001, 2015) que la plupart des analyses négatives de la validité actuelle du test se fondent sur une méconnaissance de l'outil. Il est l'un des rares tests dont la fiabilité test/re-test soit si bonne ce qui est une donnée établie. Désormais, les rorschachien s'activent à valider leurs échelles afin de faire reconnaître sa valeur clinique et psychodiagnostique intrinsèque.

Les pionniers des méthodes projectives américaines sont Roy Schafer (1949, 1953, 1954, 1955, 1956, 1958, 1960, 1967, 2006), Menninger et al., (1947), Rapaport (1942, 1945, 1946, 1952, 1968), Beck (1930, 1932, 1938, 1933, 1942, 1950, 1960, 1961, 1967), Holt (1956, 1960), Blatt (1990) et Exner (1969, 1977, 1986, 1990, 1992, 2002, 2005, 2007, 2008, 2013) dont le premier manuel a été traduit et appliqué en France par Andronikov-Sanglade en 1993. Schafer (1953, 1954, 1956) a amené les échelles de contenus homoérotiques, dépressifs et de dangerosité/protection dans la paranoïa sur lesquelles nous fonderons une part de notre analyse. Schafer a hérité de la psychanalyse freudienne et insistait énergiquement auprès de la sphère psychiatrique pour faire reconnaître les processus psychiques sous-jacents en jeu, mais il ne fut que peu entendu au regard des propositions nosologiques. Suite à Schafer, Rapaport et al. (1968) distinguèrent les réponses **fabulées**, des **combinaisons fabulées** et les **confabulations**, comme nous le rappellent Rossel et al. (2017). Rapaport et al. (1968) attachaient de l'importance à la perte de la distance par rapport à la planche et les réponses fabulées relèveraient d'une participation affective trop importante en précisant que ces réponses fabulées ne sont tout de même pas absurdes ni irréalistes. Rapaport et al. (1968) précisent que la perte de distance à la tâche se manifeste par un « *transductive reasoning* » (in Rossel et al., 2017). L'usage du terme « confabulation » par rapport au terme « combinaison fabulée » marque donc ici une altération plus importante du processus de pensée sous-jacent cependant, selon Rapaport (1968), la confabulation ne relève pas forcément d'une pathologie du registre psycho-organique ; il peut s'agir d'un fonctionnement psychotique, opérant une distinction « dans la gravité des troubles de la pensée sous-jacents à de telles réponses », en terme de distance par rapport à la tâche : perte ou excès de distance. (Rossel et

al., 2017). Les réponses fabulées sont à mettre en rapport avec une « bonne distance » si bien que la réponse fabulée indiquerait une idéation importante mais pas irréaliste au point d'être rapportée à une pensée clairement psychotique.

Selon Rossel et al. (2017) « quand dans un même protocole il y a des combinaisons fabulées et des confabulations, l'idéation aurait un caractère autistique du registre pré-schizophrénique » (Ibid., p. 45) il s'agirait d'une schizophrénie chronique. (Mais il est difficile, selon les auteurs de les opérationnaliser).

Exner a repris et réorganisé la classification de Rapaport et al. (1968) et a réservé la cotation CONFAB aux généralisations abusives à partir d'un détail, il cote FABCOM des réponses qui relèvent d'une relation invraisemblable entre deux contenus (« deux poussins tenant des ballons de basket »). Il inclut également dans cette catégorie les réponses renvoyant à une transparence impossible ce que les Suisses considèrent comme une « confusion intérieur/extérieur » (Rossel et al., 2017, p. 54). Exner (1982) établit un continuum au niveau de la gravité des troubles de la pensée depuis les verbalisations déviantes (les moins graves) en passant par les combinaisons incongrues (INCOM2), les réponses déviantes (DR3), les combinaisons fabulées (FABCOM4) et la logique inappropriée (ALOG5). Ils en dénombrent jusqu'à 7 pour les plus graves, à savoir les contaminations. Pour Exner (1982) ces phénomènes sont l'indice de désordres de la pensée les plus graves. Les arrangements confabulatoires comportent selon Exner (1982) des troubles de la logique au sens de ce qu'il cote dans le *Comprehensive système* : ALOG (logique inappropriée). Selon Rossel et al. (2017) « la combinaison d'un arrangement confabulatoire et de logique inadéquate ne peut s'observer que si le fonctionnement psychique d'un sujet se situe à un niveau archaïque, dans lequel les catégories et les lois logiques (processus secondaires) n'ont pu être intégrées », à des niveaux d'organisation de la personnalité psychotiques si bien que dans l'analyse des *raisonnements forcés*, il importe de voir si les altérations portent sur **le temps** et **l'espace** ou encore sur la **causalité**.

Les processus pathologiques sont interprétés selon cinq variables clés dans le *Comprehensive system*, visant d'une part l'information de la présence ou non d'une désorganisation, et d'autre part l'information sur la structure de personnalité. Parmi ces variables-clés, l'Indice schizophrénique (SCZI) mesure les distorsions cognitives et perceptives caractéristiques desdits patients schizophrènes. Si l'indice est positif cela indique

la présence d'une schizophrénie chez l'auteur du protocole. Ceci, inspiré d'une description sémiologique de la schizophrénie sur un versant décompensé pour la mise au point de l'indice SCZI. Les diverses manifestations de la schizophrénie au Rorschach sont, selon ce modèle, organisées selon quatre caractéristiques de base : trouble de la perception, trouble de la pensée, inadéquation du contrôle et inadéquation relationnelle. (Exner, 1993, p. 224). Aucune de ces variables n'est spécifique aux protocoles produits par les sujets schizophrènes, néanmoins aucun autre groupe que celui des schizophrènes ne présente simultanément des troubles dans le champ de la pensée et de la perception et sont de faux positifs (Ibid., p. 224). Au sujet de la perception au test par ces sujets, Exner (ibid., p. 245), écrit : « très généralement, les schizophrènes ont du mal à percevoir leur monde et eux-mêmes de manière précise. Leur déformation perceptive se reflète souvent dans l'erreur de jugement ou le manque de jugement. ». Quant aux troubles de la pensée, Exner (ibid. p. 245) écrit qu'« il s'agit parfois « d'une rupture du cours de la pensée », ou encore « de perturbations de la relation de causalité », de « curieuses préoccupations abstraites », de « symbolisme hermétique » ou de « tendances marquées à la généralisation arbitraire ». Un certain nombre de variables au Rorschach sont particulièrement aptes à capter toutes ces formes de troubles selon lui et, afin d'établir la validité de cet indice, Exner (1993) a procédé à l'analyse de 50 fonctions déterminantes avec une grande variété d'échantillons de sujets, organisés en 3 trois groupes : des sujets tout venant, des patients schizophrènes et des patients non schizophrènes. Dans les résultats obtenus par Exner (1993) le taux des faux-positifs varie de 0 % à 11 % selon le groupe étudié, quand le taux de faux-négatifs va de 12 % à 22 % selon les tirages.

Dans le système R-Pass actuel qui tend à remplacer le système Exner, nous retrouvons, l'index-3, un index de **fragilisation du Moi** et des autres variables associées au fonctionnement psychotique (Meyer, Viglione, Mihura, Erard, Erdberg, 2011). Il s'agit d'une mesure de la perturbation de la pensée et de la sévérité de la psychopathologie dont les composantes incluent le testing de la réalité (coté FQ-). Le testing de la réalité (FQ-%) qualité formelle mauvaise est une mesure de distorsion ou d'erreur d'interprétation conduisant selon les auteurs du R-Pas à des jugements pauvres ou un comportement non conventionnel. Selon Meyer et al. (2011), seulement 10 % des réponses des sujets non psychiatriques sont cotées FQ- ; donc la présence d'une ou deux réponses FQ- dans un protocole ne sera pas forcément un signe de pathologie mais un pourcentage de FQ- élevé dans un protocole sera corrélé fortement à une perturbation du sens de la réalité et à la psychopathologie.

Il existe 6 codes cognitifs dans ce modèle : la verbalisation déviante (cotation DV1 ou DV2) ; les réponses déviantes (cotations DR1 & DR2) ; les combinaisons incongrues et fabulées impliquent des juxtapositions ou associations d'éléments violant les lois de la nature et (ou) de la réalité (INC1 ET INC2) ; les combinaisons fabulées (FAB1 et FAB2) ; la logique bizarre PEC (« Peculiar logic ») ; les contaminations (CON) et enfin les % de contenus critiques.

On cote DV quand le sujet utilise une phrase ou un mot erroné ou inapproprié pour communiquer ou décrire sa réponse. Comme pour les autres codes cognitifs, il est important de distinguer les déviations moins sévères (cotées DV1) des réponses déviantes plus pathologiques (cotées DV 2). Les réponses déviantes sont des réponses illogiques ou non pertinentes par rapport à la consigne « qu'est-ce que ça pourrait être ? ». DR est coté quand le sujet inclut dans ses réponses des phrases qui sont tout à fait inappropriées ou complètement à côté et DR2 renvoie à l'association libre et à la « fuite des idées » et autres « commentaires absurdes » où le sujet a du mal à préciser sa pensée exemple. Les combinaisons incongrues se font à partir de deux ou plusieurs détails ou attributs de la planche comme par exemple : « *un lion rouge* » ou « *un lion volant* ». La cotation INC2 est adaptée à des combinaisons d'attributs ou de traits encore plus bizarres à l'intérieur d'un objet singulier : ex : « *un type avec deux têtes à la place des pieds* ». Les combinaisons fabulées impliquent des relations improbables ou impossibles entre deux objets distincts ou plus. En d'autres termes, deux entités sont intégrées d'une manière illogique l'une l'autre allant vers le plus illogique. Enfin, PEC est coté quand on se trouve en face d'un raisonnement bizarre, forcé et confus. Deux conditions pour coter PEC :1) la logique forcée doit être utilisée pour justifier ou élaborer la réponse et 2) la logique forcée doit être donnée spontanément.

Les contaminations sont une cotation rare et correspondent au type de combinaison le plus inapproprié, elles impliquent la réunion en une seule réponse de deux objets s'excluant mutuellement. Elles impliquent aussi « une condensation » ou « fusion visuelle » davantage qu'une simple fusion condensation retrouvée ailleurs, par exemple planche IV : « *un escargot Monsieur* » ou « *un trône et un roi en même temps, le l'arrière est l'arrière du trône, au milieu il y a une veste, il porte une veste, les pieds sont le sommet du trône* ».

Pour obtenir le taux de MOR (**index de morbidité**), il faut faire la somme de MOR+AGM+An+Bl+Ex+Fi +Sx/R., ils servent à l'évaluation de l'index de fragilisation du

Moi, mais ces codifications sont également incluses dans l'index de contenu dramatique de simulation et dans l'index de contenu traumatique (TCI) qui est associé au traumatisme. Ce pourcentage est calculé à partir des contenus morbides, de mouvement agressif, des réponses anatomiques + sang +sex + feu +explosions. Le TCI (**index de contenu traumatique**) inclut toutes ses réponses sauf explosion et feu et les contenus dramatiques incluent tous ces éléments sauf l'Anatomie. Il y a donc des risques de chevauchement sur le plan structural.

Sont cotés MOR (indicateurs de l'Index de morbidité) pour tous les objets, cassés, morts, défectueux, déformés, malades, défigurés ou blessés et pour des attributions de détresse, dysphorie ou dépression (mais pas de colère). Le sang (BI for blood) ne se cote pas MOR s'il n'y a pas une évidence de dommage-blessure. Par contre, on cotera MOR pour « un papillon mais il n'y a pas de corps au milieu ». Se cote AN (Anat) pour les parties internes du corps et les radios, donnés plus fréquemment par les médecins et étudiants et chez des personnes qui ont des préoccupations médicales et corporelles (pouvant être expressives d'une fragilité de l'image du corps). Les parties sexuelles du corps se cotent SEX, FI pour les flammes, la fumée, braises et EX pour les explosions : « bombes » ; « rockets », « feu d'artifice », « explosion d'un volcan » etc.

Il existe aussi une échelle « Thought and Perception composite » dans le R-PAS qui se calcule à partir de six indicateurs. Elle dérive du FQ- %, WD- %, M-, WSumCog, FAB2 et R. Elle évalue l'épreuve de la réalité (à travers les variables de qualité formelle) et de désorganisation de la pensée (à travers les variables intitulées codes cognitifs). Des élévations légères peuvent survenir souvent avec des désordres de pensée de légers à modérés sans psychose claire (Meyer et al., 2011). Il est possible que seulement une des deux composantes subisse une élévation mais les deux sont généralement impliquées dans l'obtention de scores [TP Comp] élevés. Cette variable a été construite à partir de versions antérieures du *Comprehensive System* associant l'index de pensée perceptive PTI (Perceptual Thinking Index) et l'index de Schizophrénie (SCZI) et EII-3. Cette échelle apparaît comme une des bases empiriques les plus solides du R-PAS. Un score brut très élevé supérieur à 3 indique une perturbation sévère de la pensée et de l'évaluation de la réalité typiquement trouvée dans les troubles du spectre schizophrénique. Un score brut élevé supérieur à 2 suggère des problèmes pour penser clairement et voir les choses de façon adéquate. Il peut indiquer une vulnérabilité à la psychose, aux états quasi psychotiques ou borderlines. Il peut aussi être

associé à la simulation ou à un trauma. Un score moyen à bas inférieur à 1 indique une aptitude à penser clairement et à voir les choses de façon adéquate.

Afin d'extraire la substantifique moelle du modèle américain dans les psychoses, très complexe, James Kleiger (2017) a publié un nouvel ouvrage sur la question. La psychose représente d'abord selon l'auteur une classe de troubles mentaux sévères fondée sur des descriptions cliniques de signes et de symptômes. Ensuite, le terme psychose est utilisé de manière descriptive pour définir des états aigus, épisodiques et parfois durables caractérisés par la présence de traits centraux tels que les hallucinations, les délires, un trouble de la pensée, un comportement sévèrement perturbé et des symptômes négatifs. Les « troubles de la pensée positifs » sont caractérisés par la présence de contenus et de formes bizarres alors que « les troubles de la pensée négatifs » sont caractérisés par un appauvrissement de la pensée et de la parole.

Comme un certain nombre de chercheurs actuellement et dans une perspective dimensionnelle, il considère les troubles de la pensée sur un continuum allant du mode de pensée normale à un mode pensée psychotique et même à l'intérieur d'un même groupe diagnostique, il y a « une variabilité intra groupe du degré de trouble de la pensée et cette variabilité existe même chez un même individu en fonction de la phase de la maladie » (Ibid. p.19).

Selon Kleiger (2017), la désorganisation du mode de pensée est prédominante dans la psychose maniaque et la schizophrénie et certaines études ont montré que le désordre du mode de pensée pouvait aussi toucher des sujets « Borderline » (Kwawer et al. 1980 in Kleiger, 2017).

Kleiger (2017) rappelle que Schafer (1946, 1948) a délimité un certain nombre de traits structuraux indicateurs d'un style paranoïde qui serait reflété par l'indicateur R bas indiquant une propension à rejeter les planches à cause du refus de voir ce qu'elles soutiennent. Il rappelle que ces sujets donnent peu de réponses couleurs et un nombre plus élevé de réponses dominées par la forme, suggérant « un souci renforcé de contrôle émotionnel ». Rapaport a également mis en évidence un nombre plus élevé de réponses dbl (S comme Space dans la cotation américaine) qui traduirait « la tendance à l'opposition et à l'agressivité » selon Kleiger (2017). L'auteur nous rappelle aussi que Rapaport (1968) insistait sur la

tendance du sujet paranoïde à trouver le but du test ou de chercher à découvrir la signification cachée dans les planches Rorschach.

Kleiger (2017) nous rappelle un élément essentiel, à savoir que contrairement à Rapaport (1968), Schafer (1954) pensait que les paranoïaques pouvaient donner des réponses K dont un certain nombre serait distordu au niveau de la forme et parfois vu dans des petits détails de la planche. Des réponses K côtées K- confabulées sont envisageables chez les auteurs américains. D'ailleurs, Kleiger (2017) nous rappelle aussi que, contrairement à Rapaport (1968), Schafer (1954) pensait les paranoïaques capables de produire des confabulations. Nous rejoignons totalement l'auteur dans le sens où, selon nous, la confabulation est un aspect dominant de la projection pathologique dans le modèle de De Tychey (2012) donc de Bergeret (1974). Kleiger (2017) qui insiste sur le style de verbalisation hyper précautionneux du sujet paranoïaque.

Enfin, Kleiger (2017), nous rappelle un indice important dans le modèle américain, issu du *Comprehensive system* d'Exner, il s'agit de l'index d'hypervigilance (HVI) qui a la valeur diagnostique la plus importante pour la paranoïa et la schizophrénie paranoïde ! Dans le R-PAS il correspond à l'indice Vigilance Composite (V-COMP). Kleiger (2017) nous avertit aussi sur le fait que les médications neuroleptiques peuvent avoir pour effet de réduire les symptômes positifs et du coup de réduire ou d'éliminer les signes « florides » de trouble de la pensée même si des indications résiduelles moins pathologiques de perturbations de la pensée peuvent persister (Gold & Hurt 1990 in Kleiger, 2017).

4.8. Conclusion

Il s'agit pour nous d'être attentif aux travaux des groupes proches de notre école d'analyse du test, sans pour autant partager le fondement théorique qui les constitue. Il nous semble intéressant de pouvoir dialoguer entre nous afin de tirer le meilleur profit de chacune de ces conceptualisations. Si nous optons pour le modèle psychanalytique structuraliste de la façon puriste qui est la nôtre, dans le sens où les atteintes de la pensée ne trouveraient pas leur origine par un lieu neurobiochimique, puisqu'elles seraient les effets des mécanismes dynamiques inconscients et de leur place privilégiée dans notre modèle (issus de la sexualité infantile), nous n'en rejetons pas pour autant les méthodes issues des autres écoles d'analyses ; au contraire, nous pensons avoir beaucoup à apprendre d'eux, et cette revue

tendait à le démontrer. Evidemment, nous tenterons de réinjecter certains de ces concepts dans nos hypothèses de travail et nos analyses. Pour preuve, la grille diagnostique de la paranoïa permettant de faire le différentiel au test avec la schizophrénie où sont intégrés certains concepts Anglo-saxons et Suisses. Nous proposons également un tableau récapitulatif des auteurs principaux cités lors de la présentation des différentes écoles et groupes d'analyses au test de rorschach, en espérant ne pas avoir égaré le lecteur non averti dans les us et coutumes rorschachiennes.

4.9. Tableau 5 : résumé des travaux énoncés dans la littérature, suivi des grilles de la paranoïa et de la représentation de soi

Tableau 5

Indicateurs paranoïa	Lausanne School	American School	Parisian School
Données du psychogramme		Schafer (1954), Kleiger (2017)	Chabert (1987/1997/2012); Azoulay (2007); Loüet & Azoulay (2016)
Troubles de la pensée- Projections délirantes	Rousselle Gay-Crosier, Dreyfus, Husain (1989b); Rossel, Matthey, Merceron (1991)	Holt (1956/ 2009), Kleiger (2017)	Chabert (1987/1997/2012); Loüet & Azoulay (2016)
Distance à l'objet/ Liens à la réalité / Conscience interprétative"	Husain, Merceron, Rossel (2001), Rebourg (2001)	Rapaport (1951, 1969) , Kleiger (2017)	Rausch de Traubenberg (1978)
Niveau de construction du Moi (représentation de soi)	Rousselle Gay-Crosier, Dreyfus, Husain (1989a, 1989b); Husain, Merceron, Rossel (2001)		Rausch Traubenberg & Sanglade (1984); Loüet et Azoulay (2016)
Effets de la couleur (pastel et abstraction aux pl. couleurs)/ C Symboliques	Husain, Merceron, Rossel (2001)	Klopfer (1954) Holt & Havel (1960)	Chabert (1987/1997/2007); Azoulay (2007)
Relations d'objets (K, kan, kp)	Husain, Merceron, Roussel (2001)	Schafer (1954); Kleiger (2017)	Chabert (1987/1997/2012); Loüet et Azoulay (2016)
Projection de la méfiance et des besoins de protection			
Hypervigilance ("yeux", "antennes", etc.)	Rousselle Gay-Crosier, Dreyfus, Husain (1989a, 1989b), Husain, Merceron, Roussel (2001)	Schafer (1954), Kleiger (2017)	Azoulay (2007); Loüet & Azoulay (2016)
Contenus de toute- puissance /A carapaces	Duboz, Dürmeier, Rebourg (1990); Rossel, Merceron, Husain (1987)	Schafer (1954), Kleiger (2017)	Chabert (1987:1997/ 2012); Azoulay (2007); Loüet & Azoulay (2016)

4.10. Enoncé des hypothèses théoriques

Au vu de l'ensemble de la littérature théorico-clinique passée en revue depuis le début de ce travail et en sachant qu'il nous est impossible de mettre à l'épreuve toutes les hypothèses théoriques qui pourraient en découler, nous avons fait le choix de privilégier - en référence à notre modèle théorique structuraliste psychanalytique - les hypothèses théoriques suivantes dans notre recherche comparative en distinguant celles qui pourraient être communes aux

trois types d'organisations psychotiques examinées de celles qui seraient susceptibles de les différencier entre elles :

A. Concernant les hypothèses théoriques communes aux trois modes de fonctionnement psychotiques passés en revue (schizophrénie simple, schizophrénie paranoïde, paranoïa)

H 1 : Nous devrions trouver dans toutes ces formes de psychoses dissociées décompensées un rapport à la réalité défaillant

H 2 : Concernant la nature des conflits dominants nous devrions trouver dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées un conflit entre les pulsions (Ça) et la réalité

H 3 : Concernant les défenses dominantes nous devrions trouver dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées les signes de l'échec du refoulement ainsi qu'une dominante du recours à des défenses archaïques primaires comme le déni de la réalité, la projection, le dédoublement du Moi, le clivage, l'identification projective et la forclusion

H 4 : Concernant l'angoisse de morcellement, nous pensons que des indicateurs au test de Rorschach nous permettront de la repérer dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées ; elle devrait s'accompagner d'une représentation de soi majoritairement dissociée non unitaire dans tous les sous-groupes

H 5 : Nous devrions également trouver des traces des troubles de la pensée liés aux mécanismes de défense archaïques dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées

H 6 : Nous devrions trouver une mentalisation défaillante dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées de par leurs mauvaises qualités de symbolisation sur les trois pans : phallique agressif, phallique sexuel, féminin-maternel

B. Les hypothèses théoriques différentielles propres aux caractéristiques du fonctionnement intrapsychique des trois groupes de psychoses dissociées décompensées entre elles sont les suivantes :

H7 : Concernant l'organisation pulsionnelle des sujets présentant une organisation schizophrénique et schizoparanoïde, nous devrions repérer les indicateurs d'une régression au stade oral contrairement aux sujets paranoïaques qui devraient eux présenter une régression au premier sous stade anal avec un versant homoérotique beaucoup plus marqué

H 8 : Concernant l'angoisse dominante, nous repérerons une cause dominante différente : dans la schizophrénie nous devrions trouver une angoisse de morcellement par défaut d'unité du Moi corporel (plus marquée dans le groupe de schizophrénies "pures" que dans le groupe schizoparanoïde) alors que l'angoisse de morcellement par peur de la pénétration anale devrait être plus marquée dans les organisations paranoïaques

H 9 : Nous repérerons des effets de la projection, de la menace et de l'intentionnalité malveillante et celle des besoins de protection nettement plus marqués du point de vue défensif dans les organisations paranoïaques que dans les organisations schizoparanoïdes (et elles seront aussi plus marquées chez ces dernières que dans les organisations schizophréniques pures)

H 10 : La relation d'objet dominante devrait être de nature persécutrice et clairement plus marquée dans le fonctionnement paranoïaque et schizoparanoïde que dans le mode de relation des schizophrènes en proie au désinvestissement objectal

H11 : Nous devrions trouver une représentation de soi plus dissociée chez les sujets schizophrènes que chez les sujets schizoparanoïdes et plus dissociée chez ces derniers que chez leurs homologues paranoïaques

H12 : Nous formulons l'hypothèse, concernant l'étude longitudinale (partie VII dernière section) sur la paranoïa, d'une stabilité test/re-test au Rorschach dans le diagnostic, permettant de conclure à la fiabilité du test dans l'évaluation de la paranoïa

5. Partie V : Méthodologie

5.1. Introduction

La démarche méthodologique nous amène à nous interroger sur le cadre éthique et les considérations déontologiques qui doivent être mises en place et respectées afin de mener à bien notre recherche, dans le respect des lois et principes éthiques en vigueur. Tout d'abord, comme cela est énoncé au sein du principe I du code de déontologie des psychologues, il convient de référer « son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale » (p.1). Par ailleurs, Pedinielli (2012) nous rappelle que sous le terme éthique sont regroupés trois ensembles : l'éthique au sens strict, c'est-à-dire l'étude des fondements des principes moraux, la déontologie (règles et devoirs professionnels) et la législation (dont ce qui peut conditionner l'activité du psychologue) » (p.102). Qu'ainsi, doivent être pris en considération les articles de la *Déclaration des droits de l'homme* de 1948 et les critères du Code de Nuremberg (1947) qui définissent les conditions que doivent satisfaire les recherches pratiquées sur l'être humain, mais également les articles qui composent la loi Huriet-Sérusclat (1988, révisée en 2004, puis en 2006, puis revue de façon importante en 2017 (loi dite « loi Jardé)), qui vise la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale et clinique, imposant notamment un devoir d'information et la nécessité du recueil du consentement éclairé de ces personnes. Le code de déontologie des psychologues (1996, actualisé en 2012) mais aussi le « code Caverni » de conduite des

chercheurs dans les sciences du comportement humain, repris par la Société Française de Psychologie (2003), sont des documents incontournables dans le contexte de la recherche, pour mener à bien une réflexion et adopter un point de vue qui soit éthique. Au-delà de ces références, c'est bien le **respect de la personne** qui doit primer, avec, de la part du clinicien chercheur, une tentative d'**agir au mieux pour le sujet**. Ce qui prime est le respect des droits de la personne et cela fait l'objet du principe 1 du code de déontologie des psychologues (2012), qui indique que le psychologue réfère son exercice aux principes édictés « sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection » (p.1). Dans l'article 2 du code de déontologie des psychologues (2012), il est également signifié que la « mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique » (p.3). Ainsi, tenu au respect ainsi qu'à la protection des personnes qui acceptent de participer à sa recherche, le chercheur en sciences humaines, et donc en psychologie, est « tenu au secret sur tout ce qu'il aurait appris relativement à toute personne particulière s'étant prêtée à une recherche » (S.F.P., p. 2)

D'un point de vue juridique, notre recherche a été soumise à l'aval d'un comité d'éthique et de protection des personnes au sein du Centre Hospitalier Régional de Jury. Les patients intégrés dans cette recherche étaient testés dans le cadre de soins courants de réhabilitation, ils ont tous (81 sujets) été informés et ont donné leur consentement éclairé pour réutiliser les données dans la présente recherche.

A. Discussion sur les options méthodologiques de notre recherche

Nous ne souhaitons pas opposer une méthodologie quantitative, qui est l'aspect central de notre travail de recherche, à une méthodologie qualitative, qui a fait partie intégrante de notre travail sur le terrain. Ces deux approches sont en effet apparues complémentaires et nous ne souhaitons pas opérer une réduction de nos rencontres avec les différents patients à des données purement quantitatives. C'est pourquoi chacun des sujets constituant notre cohorte sera présenté au lecteur par le biais d'une anamnèse (en annexes) et c'est aussi la raison pour laquelle nous nous attacherons également à réaliser une étude de cas contrastés afin de mettre en lumière la complexité clinique qui sous-tend une catégorisation nosographique. Comme le soulève Pedinielli (1995) :

Le clinicien n'aborde pas sans difficulté les méthodes quantitatives puisque l'objectivation que promeut la psychopathologie quantitative ne va pas sans un réductionnisme, peu compatible avec l'idée de soumission à la singularité et à la totalité d'une situation (p.123).

Pour ne pas perdre l'essence de notre centre d'intérêt, défini depuis la première ligne du manuscrit, le sujet, nous tenterons de combiner une approche clinique à une méthode empirique mais non a-théorique puisque psychanalytique structuraliste. Cela permettra, selon nous, de bénéficier de la complémentarité de ces deux approches et de pouvoir en tirer des résultats pertinents. En tant qu'objet réel, nous dit C. Chabert (2012), le « stimulus Rorschach va nous permettre l'émergence d'une parole qui rendra compte d'images articulées à partir de la réalité matérielle » (p.12). En effet, c'est à partir des planches, plus précisément à partir des tâches d'encres représentées sur ces planches, que le sujet va associer librement des idées à ce qu'il perçoit. Cette notion de perception est centrale dans le test de Rorschach parce que c'est l'accroche visuelle et le stimulus visuel qui vont être les déclencheurs du processus de mise en mots et amener le sujet à la projection d'une part immergée de la personnalité. La procédure que nous mettrons en œuvre prévoit une rencontre de chaque patient sur un minimum de deux et la plupart du temps constituée de trois séances composées en trois phases : la rencontre clinique avec le patient, la passation du test et la restitution des résultats. Néanmoins, cette recherche se divisant en deux sous-études et en trois parties se déclinera comme ce qui suit :

- Première étude des psychoses dissociées au test de Rorschach :
 - **Résultats statistiques** obtenus sur les données du psychogramme et les indicateurs qualitatifs (néanmoins cotés et mesurables quantitativement) entre l'échantillon constitué de 81 sujets [âge moyen= 37,6 et écart-type= 13,4] qui sera comparé à la population tout-venant dont Claude De Tychey et son équipe ont publié les résultats sous forme de données normatives en 2012.

Résultats statistiques obtenus sur les données du psychogramme et les indicateurs qualitatifs entre les trois sous-groupes entre eux et entre les

différents sous-groupes au sein de ces sous-groupes (par exemple au sein du sous-groupe paranoïa nous pourrions trouver des sujets qui font partie d'une ramification du sous-groupe des a-structures décompensées)

- **Etude qualitative** comparative différentielle entre trois cas cliniques issus de chacun des sous-groupes principaux (schizophrénie simple *versus* schizophrénie paranoïde *versus* schizophrénie paranoïaque). Nous profiterons de cette étude pour émettre nos hypothèses concernant la forclusion du NDP à l'épreuve des faits.

Nous présenterons une **étude longitudinale** en test/re-test sur 24 mois (T1= T0 et T2= T + 24 mois). Nous appréhenderons ainsi la fiabilité du diagnostic de paranoïa à travers le re-test et nous appréhenderons la validité de convergence à travers la comparaison aux résultats obtenus au MMPI-2-RF dont nous avons présenté les principales échelles en partie III.

B. Constitution des échantillons

Notre étude a été menée dans un centre hospitalier psychiatrique en Meurthe et Moselle, soit en intra-hospitalier soit en Centre Médico Psychologique. Dans tous les cas, les sujets recrutés dans cette étude sont suivis par des médecins psychiatres et ont reçu un diagnostic de psychose ; sauf un cas exceptionnel, Mr P. diagnostiqué de troubles obsessionnels compulsifs et pour qui nous n'avons pu retenir le diagnostic médical faute de défenses très rigides et d'un sous-bassement psychotique. Ce patient a été rencontré dans le cours de mon Master dans un autre centre de soin, orienté thérapies cognitivo-comportementalistes, sous-bassement théorique différent de celui qui est sollicité là où nous avons réalisé notre thèse. Le comité d'éthique de l'hôpital a validé notre étude qui s'inscrit dans une démarche de soins courants et de recherche en réhabilitation dans le cadre du projet de recherche DEPALI du programme ARIANE (CPER-Interpsy, Université de Lorraine) entre notre laboratoire d'accueil (sous contrat doctoral financé par le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche) et l'hôpital où nous avons exercé notre recherche sous la direction du chef de pôle et médecin psychiatre Dr Michel Decker. Dr Michel Decker nous a orienté vers les services où les patients hospitalisés nécessitaient un bilan psychologique en vue d'intégrer le protocole de réhabilitation mené à l'hôpital et dont nous taisons le nom par souci d'anonymat des patients. Nous avons obtenu une convention de

recherche entre notre université d'accueil et le pôle de psychiatrie adulte dirigé par Dr Michel Decker. Nous y avons ainsi réalisé des bilans cliniques et projectifs. En parallèle, le Docteur Michel Decker a développé de nombreux centres de réhabilitation pour accueillir les patients engagés dans cette voie. Nous avons ainsi procédé à l'évaluation de plus d'une centaine de patients mais n'avons retenu que les sujets pouvant correspondre à l'un des trois profils décidés en amont : les sujets diagnostiqués de schizophrénie simple ou d'hébéphrénie, les sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde et les sujets diagnostiqués de paranoïa. Nous avons dû exclure de nombreux protocoles pour différentes raisons. Premièrement, certains patients étaient trop déficitaires pour faire le test. Deuxièmement, il arrivait que les patients semblent aptes à faire le test mais qu'en fin de compte leurs capacités se révèlent inférieures à ce qu'ils renvoyaient à l'équipe, témoins d'une abrasion presque totale de l'espace psychique interne et d'une totale incapacité à fantasmer ou à entrer dans la relation pour s'étayer sur le clinicien dans ce but. Troisièmement certains patients étaient trop délirants, nous pensons notamment à une patiente abusée/violée durant l'enfance par son père qui n'interprétera que le blanc des planches et dont nous pourrions conserver le protocole ; et enfin, la cause majeure : les divergences de diagnostic. Parfois le diagnostic psychiatrique était une psychose dissociée mais lors du bilan nous constatons une psychose maniaco-dépressive ou une a-structure non décompensée en psychose, ces troubles, souvent renforcés par les intérêts tirés des bénéfices secondaires à l'hôpital et par les traitements neuroleptiques pris depuis des années. Enfin, parfois, nous avons été contraintes de rejeter des sujets souffrants de formes de schizophrénies trop éloignées des nôtres. Par exemple, des schizophrénies de types psychopathiques ou affectives (héboïdophrénie et schizo-affectives). Si bien qu'au total nous n'avons retenu qu'un échantillon constitué de 81 sujets alors que nous avons rencontré bien plus de patients et coté et analysé bien plus de tests de Rorschach que ce que nous présentons dans ce travail. Nous ne le regrettons pas car nous réutilisons certains protocoles pour nos enseignements en Master (Rorschach niveau 2 et Rorschach niveau 3). Concernant les sujets diagnostiqués de paranoïa qui nous ont été adressés, il s'agit surtout de sujets consultant un centre-médico psychologique. Rares sont les patients de cet échantillon à être hospitalisés sur de longues durées, seulement 4/25 des sujets de l'échantillon ont été hospitalisés sur une longue durée (> 6 mois) contrairement aux sujets du sous-groupe schizophrénie, pour la plupart tous hospitalisés au moins une fois sur de longues périodes. De plus, 2 (sur 4) d'entre eux étaient en soins forcés c'est-à-dire en HDT ou SDRE (Hospitalisation à la demande d'un

tiers ou soin à la demande d'un représentant de l'état) ! 9/25 des patients paranoïaques n'ont jamais été hospitalisés et une partie n'a fait qu'un seul séjour ($5/[25-9]= 16$) sur un court terme sans nécessiter de réhospitalisation.

Si bien que nous ont été adressés (par l'équipe soignante infirmière du CMP) de nombreux patients avec des traits paranoïdes mais parfois de structures phobiques névrotiques, limites ou perverses. Ainsi, nous avons recueilli des protocoles et des données cliniques sur une population psychiatrique très large (de la névrose à la psychose) mais n'avons conservé que ceux qui au regard de nos directeurs (De Tychey et Evrard sur le plan universitaire et Decker sur le plan institutionnel) correspondaient à nos sous-groupes de psychoses dissociées ; même si nous ne parvenons pas toujours à un exact consensus ensuite sur le différentiel entre ces trois sous-groupes... C'est ce qui alimentera certainement de riches débats entre les différents membres du jury de cette recherche de doctorat. Nous nous en réjouissons dans le sens où ce qui compte, selon nous, est surtout de repérer sans trop d'erreurs, les psychoses dissociées au test. Même si nous tenons, il est vrai, à différencier la paranoïa des autres personnalités.

Les sujets inclus dans notre étude sont des patients adultes âgés de 19 à 69 ans, candidats au projet de réhabilitation des personnes hospitalisées et chronicisées qui est programmé dans ce centre hospitalier (Dr Michel DECKER).

Les critères d'inclusion sont :

- Sujets diagnostiqués de psychose dissociée selon les psychologues et les psychiatres ;
- Âges compris entre 19 et 69 ans (inclus) dont la moyenne d'âge est 37,4 (écart-type 13) ; la patiente la plus jeune (Julie B.) a 19 ans et le patient le plus âgé a 69 ans (n'ayant jamais été hospitalisé et ne souffrant pas de chronicité) ; il y a 18 femmes et 68 hommes
- Hommes ou femmes volontaires, hospitalisés ou non ;
- Vision « normale » ou corrigée ;

Les critères de non-inclusion au sein de cette recherche sont les suivants :

- Sujets n'ayant jamais consulté en psychiatrie ;
- Antécédents susceptibles d'affecter l'anatomie cérébrale ou d'être liés à une anomalie ;
- Majeurs protégés juridiquement ;
- Non maîtrise de la langue française ou nationalité d'un pays étranger (les normes culturelles sont trop influentes au test) ;
- Troubles sensoriels invalidants, en particulier visuels (daltonien, etc.)

Tableau 6 : récapitulatif des sujets de l'échantillon (les noms et prénoms utilisés sont tous des noms d'emprunts afin de respecter l'anonymat des sujets).

Tableau 6 : les sujets n=81

CESAR	50	3		H	
ACHILLE	34	3		H	
CATHERINE	47	3			F
KAD	37	3		H	
PETER	37	3		H	
MARTIN	23	3		H	
ALBERT	22	3		H	
MADAME H	33	3			F
BERTRAND	31	3		H	
JEAN	56	3		H	
DIDIER	41	3		H	
EMMA	43	3			F
ANTOINETTE	32	3			F
YOHAN	25	3		H	
EDOUARD	49	3		H	
PETIT	69	3		H	
XXX	29	3		H	
MANUEL	32	3		H	
FRANCIS	44	3		H	
MORGANE	60	3			F
ALI	45	6		H	
GERARD	44	6		H	
JEROME	29	6		H	
RENE	64	6		H	
AMAURY	29	6		H	
RODOLPHE	56	2		H	
AICHA	39	2			F
ORIG	38	2		H	
WOLF	40	2			F
CHRIS	57	2		H	
PISTACHE	53	2		H	
VOILE	39	2		H	
YVAN	34	2		H	
BLANC	42	2		H	
SOLIS	33	2		H	
HADRIEN	50	2		H	
SACHA	39	2		H	
JULES	35	2		H	
BRIGITTE	35	2			F
BORIS	29	2		H	
BASTIEN	31	2		H	
GOLD	62	2		H	
SUN	65	2		H	
ALBERTO	35	2		H	
MICHEL B	45	2		H	
JOSEPH	57	2		H	
LOIS	39	2		H	
RICARDO	45	2		H	
HECTOR	45	2		H	
LAURENT	39	2		H	
BARBARA	48	2			F
LUC	53	2		H	
NORMAN	26	2		H	
MARCEL	48	5		H	
JANIS	32	5			F
ROLAND	51	1		H	
FRANCINE	57	1			F
GABRIEL	33	1		H	
ELIOT	24	1		H	
MARCO	33	1		H	
PEYTONSAUI	31	1		H	
GRIS	57	1		H	
SARAH	22	1			F
CANDY	36	1			F
JAWAD	35	1		H	
SYLVIE B	52				F
LIONEL	57	1		H	
MILOU	62	1		H	
DOUG		1		H	
PAUL	40	1		H	
NICOLE	61	1			F
KEVIN	24	1		H	
MILOUD	31	1		H	
FRANZ	56	1		H	
ROMAIN	49	4	E.L.	H	
JULIE B	19	4	E.L.		F
MAXENCE	21	4	E.L.	H	
JORDAN	35	4	E.L.	H	
BB	32	4	E.L.		F
VALENTINE	52	4	E.L.		F
TOM	31	4	E.L.	H	
	#####				
	#####				
légende:					
1: schizophrénie simple					
2: schizophrénie paranoïde					
3: paranoïa					
4: a-structure décompensée en schizophrénie simple					
5: a-structure décompensée en schizophrénie paranoïde					
6: a-structure décompensée en paranoïa					

C. Justification du choix des outils privilégiés

Les outils sont essentiels pour réussir à sélectionner nos sujets et surtout à opérationnaliser nos hypothèses théoriques. Nous avons choisi les entretiens cliniques, le test de Rorschach et le MMPI-2-RF dans la dernière étude (étude longitudinale). À savoir que le MMPI 2RF nous permettra d'asseoir le diagnostic de fonctionnement psychotique de tous les sujets de nos trois sous-groupes.

D. Entretiens cliniques

Selon Pedinielli et Rouan (2003) l'entretien de recherche est : « un processus interlocutoire et non pas simplement un prélèvement d'information » (Ibid., p. 99). Au demeurant, Pedinielli et Rouan (2003) distinguent deux types d'entretien de recherche :

- L'entretien analogue à l'entretien clinique (analyse dans but de recherche) ;
- L'entretien dont les objectifs sont fixés à l'avance (type de recueil déterminé au préalable).

Dans la recherche présente, étant donné notre souci de nous inscrire dans une position clinique, nous avons réalisé le premier type d'entretien, c'est-à-dire que nous avons privilégié des entretiens de recherche analogues à des entretiens cliniques même si nous prions les patients de nous « raconter leur vie depuis le début en privilégiant les différentes étapes, enfance, adolescence, début de l'âge adulte et événements de l'âge adulte ». Ce n'est qu'ensuite que nous allons prélever plus de données dans leurs dossiers à l'hôpital, ainsi dans la mesure du possible, les données d'anamnèse ont ensuite été reconstituées sur la base du dossier hospitalier des patients. Nous n'avons pas souhaité « parasiter » la liberté de parole offerte dans l'espace que constitue le cadre de l'examen clinique, dans le seul but de reconstituer une anamnèse. À l'instar de Pedinielli et Rouan (2003) qui écrivent que si nous nous fondons sur une conception psychanalytique, nous pensons que l'entretien est le mode d'accès privilégié à la dimension inconsciente permettant ainsi l'accès à « ce que recèle le mot à mot de l'énoncé » ainsi que de « certaines positions discursives » (p. 100). Nous pensons que les entretiens cliniques réalisés pour cette recherche nous ont offert la possibilité d'appréhender les dynamiques psychiques desdits patients.

Pedinielli et Rouan (2003) écrivent :

L'analyse de la conversation et des interlocutions repose sur les conceptions de la pragmatique du langage et sur l'idée que les conversations respectent des contraintes thématiques, logiques et illocutoires dans les enchainements de parole. Ainsi, sur le plan dialogique, l'énoncé suivant doit-il avoir un lien thématique avec le précédent, être dans une relation sémantique avec celui-ci, accomplir un acte de langage compatible avec celui de l'énoncé précédent. Lorsque les règles d'ajustement de la conversation ne sont pas respectées, l'auditeur en est réduit à des inférences et à des interventions comme la demande d'informations supplémentaires, les interprétations, les ruptures de la conversation. La pratique de l'analyse de la conversation repose sur la constitution de couples d'opposés d'énoncés dans lesquels on cherche à définir comment le second élément retient en charge retient et change le premier élément. Des recherches cliniques ont ainsi été menées sur les décrochages conversationnels (Widlocher & Hardy Bayle 1990 ; Blanchet 1994 ; Trognon 1992 in Pedinielli & Rouan, 2003, p. 104).

En effet, selon Alain Blanchet (1991) et Alain Trognon (1992), un entretien clinique de qualité se distingue en cela qu'il vient s'inscrire dans un dispositif spécifique (Blanchet, 1991 ; Trognon, 1992). Comme le rappellent Alain Blanchet et Anne Gotman (1992, p. 9), l'entretien est à l'origine d'un type de rapport social appartenant au langage diplomatique qui désigne une conversation d'égal à égal, comme entre deux souverains. On distingue traditionnellement une orientation directive, une orientation semi-directive et non directive de l'entretien ; la première se rapporte essentiellement à une technique d'enquête particulière (Blanchet et al, 1997), la seconde fait référence à un type d'intervention dans lequel le clinicien dispose d'un « guide d'entretien », la troisième, issue de la psychosociologie, a été formulée par le psychothérapeute Carl Rogers (1945) avant d'être reprise à propos d'un certain type d'entretien de recherche (Blanchet, 1991). Associé à une forme d'observation ethnologique selon Blanchet et al. (1992), l'entretien clinique concerne une certaine forme de « **récit de vie** ». Pour définir l'entretien, Blanchet (1992) nous indique que pour expliquer l'événement, (i.e. le « speech event » comme il le nomme), les données du récit doivent être « digérées » par celui qui mène l'entretien et contenir en son noyau « le composant de subjectivité informative » si nous souhaitons que la définition tienne. L'objectif des entretiens que nous avons mis en place dans cette étude était d'aborder la problématique du patient d'un

point de vue « naïf » afin de nous laisser imprégner par son univers et par sa réalité, sans juger bien évidemment, mais aussi sans nécessairement chercher à établir un lien entre ce qui nous était rapporté et une réalité dite objective. C'est la spécificité, selon nous, des entretiens cliniques avec les patients psychotiques dissociés. Nous savons que dans la schizophrénie, il faut pouvoir se laisser porter par un discours métonymique comme l'indique Searles (1959), un discours dénué de sens en certains endroits (Lacan, 1956). Il nous a semblé difficile au départ de notre recherche de supporter les discours et les récits décousus, ne permettant parfois même pas de rédiger des anamnèses. Nous avons d'ailleurs très rapidement dû renoncer à l'idée de faire passer le test à certains patients trop dissociés et chronicisés car cela les mettait eux comme nous en échec et en souffrance. Ainsi, dans notre échantillon, nous n'avons pas inclus les patients les plus chroniques et pathologiques, hospitalisés depuis des années. Les protocoles Rorschach peuvent rapidement devenir ininterprétables. Puis nous avons appris à nous laisser porter par les récits, qui finalement nous ont semblé se construire au moins à l'instant T lorsque les patients les énonçaient en rapport avec une certaine forme de sens (exemple d'une patiente qui racontait en boucle « son²⁸ » accouchement imaginaire) en lien avec leur problématique, même si ces récits étaient très éloignés de la réalité. Comme indiqué précédemment, nous complétions ces données subjectives avec des données dites objectives issues des dossiers dans la mesure de leur exhaustivité... En effet, nous sommes soumise, quant à nous, à un principe de réalité, qui était le contenu parfois faible desdits dossiers des patients de l'échantillon.

E. Test de Rorschach

Les données des diagnostics psychiatriques ont été mises en convergence avec les résultats issus des données qualitatives et quantitatives au test Rorschach ; mais aussi avec les données/matériel clinique recueillis en entretiens. Nous proposons (dans le processus de constitution de l'échantillon) au cours de la recherche qui a duré cinq années (Master I, Master II, D1, D2, D3) les protocoles en soumission à expertise de notre directeur, le Professeur De Tychev, spécialiste de la méthode projective, pour obtenir son diagnostic projectif. Nous avons réalisé une cotation à double aveugle, avec l'évaluation de la fiabilité de

²⁸ Finalement ne sollicitait-elle pas la question des origines et de l'auto-engendrement en référence à Racamier (1992) en inventant des enfants et un accouchement qui n'ont pas eu lieu dans la réalité objective ?

cette cotation sur 10 protocoles, amenant à un nombre d'erreurs réduites entre nos cotations. Une moyenne de 4/5 erreurs par protocoles, sur une vingtaine de réponses ($m=20-25$ [*a minima* multipliées par 3 cotations pour faire une réponse] sur 60-75 cotations) (voir R moyen en résultats statistiques partie V) nous permet d'affirmer un niveau élevé de fiabilité entre nos cotations et entre nos décisions diagnostiques. Nous n'avons soumis que très peu de protocoles Rorschach rejetés par le Professeur De Tychey dans le sens où nous les expertisions nous-même au préalable en les passant au « détecteur de faux positifs » de par notre analyse dynamique et projectiviste et parfois nous sollicitons l'avis de nos collègues psychologues cliniciens (remerciements à Christophe Clesse et Séverine Metten). Nous avons éliminé ainsi un nombre élevé de patients borderlines. Nous discuterons à la fin des résultats de cette prépondérance de sujets borderline en psychiatrie constatée actuellement. Néanmoins, certains cas « borderline » ou sujets appartenant à une autre organisation psychotique que celles visées ont été refusés (par exemple une patiente masochiste-perversive avec des traits paranoïdes forts, une patiente maniaco-dépressive avec des traits paranoïdes ; un patient alexithymique-somatique avec des traits paranoïdes, etc.) par le professeur De Tychey et donc exclus de l'échantillon, pour tenter, au final, de constituer des sous-groupes homogènes. Nous avons compté un nombre moyen de 15-20 rejets sur les 81 protocoles proposés dans cette recherche en cinq années (certains protocoles n'étaient ni rejetés ni validés et nous devons faire le choix par nous-même, auquel cas nous avons été le plus souvent sévère). Cependant, comme nous l'indiquions, nous avons nous-même exclu d'emblée un certain nombre de faux-positifs, surtout lorsque nous opérons sur un autre terrain que celui où nous avons réalisé notre doctorat. Nous avons remarqué en effet plus de précautions au sein du corps médical qui exerce au sein du pôle dirigé par le Dr Decker. Les médecins psychiatres de cet hôpital se permettaient plus souvent que sur le premier terrain où nous avons opéré, de poser un diagnostic de psychose indifférenciée plutôt qu'un diagnostic de schizophrénie incertain comme nous avons pu le constater ailleurs. À l'instar de nombreux auteurs, il nous semble que l'abus du diagnostic de schizophrénie (acceptation du diagnostic selon notre acceptation structuraliste psychanalytique) dépend des pratiques et des endroits. Les résultats soulevés par nous (Prudent, Evrard et De Tychey [2016]) concernant les diagnostics de troubles délirants et de troubles de la personnalité paranoïaques varient tellement au sein des échantillons dans les résultats publiés sur le plan scientifique (en psychiatrie à l'international) qu'ils mettent clairement en évidence ce phénomène que nous évoquons, résultat des différences

importantes de pratiques entre les différents hôpitaux psychiatriques. Il faut mentionner également le fait que certains protocoles ont été recueillis par des stagiaires (une dizaine de protocoles) qui réalisaient leur mémoire sous la direction de l'un des trois protagonistes de cette recherche (l'auteure et ses deux directeurs) pour venir implémenter l'échantillon. Un protocole a été recueilli par une Maître de Conférences du groupe GR3P, il s'agit du cas de Mme H dont le protocole a été publié en 2007 dans la revue *Psychologie Clinique et Projective*.

C'est sur la base de cette analyse complète comparative (clinique psychiatrique, clinique psychanalytique, projective), que nous avons retenu les 81 sujets présentés dans l'échantillon de cette recherche et dont les éléments cliniques (données psychiatriques, éléments issus des entretiens et protocoles de tests de Rorschach) correspondants permettaient l'intégration. Nous avons tenté de créer les sous-groupes les plus homogènes possibles, même si cela s'est révélé compliqué en raison du polymorphisme des sujets rencontrés, tant au niveau de la symptomatologie que des problématiques psychiques mises en avant et permettant d'éclairer toute la richesse de la subjectivité des sujets au sein du pôle psychotique. Les protocoles Rorschach se sont également révélés hétérogènes et variés, mais respectant certains critères de repères dont nous communiquerons les propriétés dans la partie consacrée aux résultats (partie V).

Nous avons respecté la méthodologie issue du Groupe de Nancy, conçue par Claude De Tychev (1975-2012), pour élaborer nos hypothèses de recherche (théoriques et de travail) et pour analyser nos protocoles, dans la lignée du modèle bergerétien, raison pour laquelle nous allons présenter une synthèse de cette méthodologie spécifique.

5.2. Synthèse de la méthodologie d'analyse du Groupe de Nancy

Afin de présenter de la manière la plus précise possible la méthode d'analyse du test par le groupe de Nancy telle que nous allons l'appliquer (fondée par Claude De Tychev [1975-2012]), nous allons exposer les différents points de focus, qui une fois assemblés, nous permettront de réaliser le psychodiagnostic différentiel.

5.2.1. Données du psychogramme

En 2012, De Tychey et l'équipe du GR3P ont publié les normes Rorschach adultes de la population tout-venant, sur 310 sujets (répartis en 3 sous-groupe d'âge et 2 sous-groupe de sexe et 4 sous-groupes selon le statut matrimonial et 3 sous-groupes de catégories CSP - Age moyen = 45,5 ans) obtenant un nombre de réponses (R) variant entre 10 et 94 avec une moyenne de 28. Azoulay et al. (2007) ont trouvé quant à eux une moyenne de 25,8 % chez la population adolescente.

Le groupe de Nancy obtient un G % égal à 37 % (contre 20-25 % dans les anciennes normes) et nous indique que Sultan et al. (2004) - qui cotent selon la méthode Exner - trouvent un résultat proche (G %= 35,88 %) du leur chez la population francophone. Le D % est égal à 57,24 %, tandis que Sultan et al. (2004) trouvent un D à 43 %. Le Dd et Dbl % ne doivent pas dépasser 10 % (Dd %= 3,13 ; Dbl %= 1,99) traduisant sinon une trop forte isolation/intellectualisation et/ou une sensibilité au manque et à la carence affective. Le Di % est égal 0,77 % dans la population tout-venant et les déterminants (F %= 57,8 % et F+ %= 61 %) ne peuvent s'aligner à ceux d'Azoulay et Emmanuelli (2007) qui suivent le critère d'Exner (2003) en considérant que toute forme donnée au moins par 2 % de la pop est cotée F+ alors que De Tychey a conservé les critères initiaux de Beizmann (1966). Nous observons une chute du F+ % par rapport aux anciennes normes (80-85 %) indiquant une forme généralisée « d'accrochage à la réalité » moins serré dans la génération tout-venant actuelle que dans la précédente et, selon De Tychey et al. (2012), c'est en raison du « primat » qui est « accordé au pôle imaginaire ou au pôle pulsionnel », susceptible selon les auteurs de « désorganiser l'ajustement à la réalité ».

Les résultats aux sommes couleurs (CF, C, FC, C'F, C', FC'= 3,36 chez De Tychey et al. [2012]) ne sont pas complètement comparables avec les résultats d'Azoulay et al. (2007) car le groupe parisien ne distingue pas les estompages des réponses couleurs. La réactivité à la couleur (RC%= 36%) est comparable à celle proposée par Azoulay et al (2007) (entre 30 et 35 %) et l'estompage (E = 1,04) peu fréquent. Le A % (A %= 43 %), se situe entre 40 et 45 % et se trouve être comparable aux normes établies par Rausch de Traubenberg en 1971 (35-50 %) qui considérait le A % comme un indice de « bonne adaptation sociale et de participation à la mentalité collective » selon De Tychey et al. (2012). Par ailleurs, selon les

auteurs, l'indicateur le plus stable dans le temps est le ratio 4/1 (A/Ad) qui ne se retrouve pas chez (34,19 %) un tiers de la population (traduisant selon lui la fragilisation des assises narcissiques du sujet). Le H % (H %= 16 %) se situe entre 15 et 20 % dans la population générale et se trouve également stable dans le temps avec le même résultat que chez les parisiens (proche aussi de celui d'Exner [17,4 dans les deux cohortes de Mormont et Sultan]). Le ratio 2H/1Hd ne se retrouve pas dans près de 40 % des protocoles de l'échantillon, indicateur évoluant et participant à ce que De Tychey et al. (2012) nomment la tendance vers « l'ère du narcissisme ». Le IA % (indice d'angoisse) doit être inférieur à 12 % pour rester négatif et les banalités se réduisent au nombre de 5 [**pl. I papillon**], [**pl. III : deux personnages et papillon**] ; [**pl. V : papillon ou chauve-souris**] ; [**pl. 8 : deux animaux latéraux**]). En prenant le critère de fréquence de 1/6 réponses, la liste se compose de [masque en pl. I] ; de [tête d'animal ou animal à la pl. VIII] dans le deuxième tiers et de [feu d'artifice pl. X].

5.2.2. La relation d'objet

Comme indiqué dans la grille de la relation d'objet (Prudent et al., 2017) il s'agit dans un premier temps de repérer chaque kinesthésie dans le protocole et de déterminer leur nature, à savoir si ce sont des petites kinesthésies (kan, kp, kob) ou de grandes kinesthésies (K humaines, excepté les K- Henf) car les premières renvoient plutôt à un niveau prégénital ; mais cela n'est pas une règle à appliquer *stricto sensu* car des kan sont bien symbolisées (identification sexuelle réussie, exemple des lions planche VIII) et de niveau génital (exemple « *deux lions qui se battent dans la savane* » planche VIII).

Les indicateurs kinesthésiques proposés par De Tychey et al. (2012) dans la population générale sont d'une moyenne de K= 2,42 (avec une différence significative de 1 % entre les milieux socio-économiques élevés et moyennes versus les autres)²⁹. Les petites

²⁹ Les données du système Exner ne sont pas rigoureusement similaires, Sultan et al. (2004) trouvent un K moyen à 3,85 et Mormont et al. (2007) à 3,6 K (kan, kp, kob)= 3,82, légèrement supérieure aux grandes K. Comparaison avec le système Exner problématique car le système de cotation est différent... Cependant, il est possible de comparer la moyenne sur l'ensemble des réponses.

K (kan, kp, kob) sont égales à une moyenne de 3, 82. C'est-à-dire légèrement supérieures aux grandes K dans la population générale.

5.2.3. Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense au test de Rorschach ont été élaborés par De Tychev chez les états-limites en 1982, s'inspirant en partie des travaux de Paul Lerner (1980) sur les mécanismes de défense. Nous reviendrons sur les apports de Lerner (1980) dans la partie anglo-saxonne au Rorschach mais nous souhaitons mettre en lumière les mécanismes retenus par De Tychev (1982) tels le **clivage** (« splitting ») reflété en quatre types de réponses :

- Une séquence de réponse où le contenu humain est dévalorisé ou dangereux suivi d'une réponse ou le même contenu, ou un autre, est dévalorisé au sein d'une dynamique de réponse intra-planche, par exemple réponse 1 : « *un masque effrayant, un regard méchant* » et réponse 2 « *un gros nounours* ».
- Une description de réponse humaine est réalisée en deux temps, l'un étant opposé à l'autre, par exemple « *Carnaval, ses yeux, la partie supérieure exprime le danger mais la partie inférieure un sourire, amical, pas méchant* » ;
- Des figures humaines véhiculant une opposition marquée entre les deux, par exemple : « *une personne superbe et à côté un serveur ridicule qui la regarde* » ;
- Une réponse véhiculant une image idéalisée suivie juste après d'une réponse dévalorisée, nommée aussi un oxymore : « *un diable, il a des yeux superbes* », nous y reviendrons à propos des travaux de Christine Rebourg-Roesler (2001, 2003, 2005) attachée au modèle du groupe suisse tout en ayant développé son propre modèle à Nancy.

Ces mécanismes sont associés aux états-limites mais également aux factures psychotiques, dans le sens où elles seront plus marquées et concerneront directement le Moi. Nous avons volontairement choisi des exemples marqués par le clivage du Moi plutôt que de l'objet (a-structurel), et pouvant relever de factures psychotiques.

La **forclusion** est questionnée au test de Rorschach par De Tychev (1982) dans une perspective bergerétienne. En 1974, Bergeret indique que la forclusion chez les états-limites est différente en cela qu'elle n'atteint pas le niveau psychotique où « le signifiant et le signifié

se trouvent neutralisés » (Bergeret in De Tychey, 1982, p. 1868) mais plutôt un repli imaginaire plus modéré. Cependant, Bergeret (1974) reconnaît la forclusion lacanienne sur laquelle il s'appuie puisqu'il gradue ce mécanisme en fonction qu'il relève d'un état-limite ou d'une psychose. Dans la psychose le repli imaginaire est tel selon la formulation bergerétienne que la forclusion ne fait le lit des processus délirants que dans des cas où le Moi est amené à une désorganisation plus régressive que celle des a-structures. La preuve en est tant qu'ils ne délirent pas... Lorsque ces derniers se mettent à délirer nous pouvons commencer à concevoir le problème différemment. Selon De Tychey (1982), au Rorschach, la forclusion se repère de plusieurs façons :

- Par les données d'anamnèse (père garant de la Loi ?) ;
- Repérage en cas de nombreux lapsus verbaux ;
- L'intériorisation d'une image maternelle prégénitale archaïque projetée aux planches maternelles (imago maternelle reliée à l'agressivité avec un exemple typique : une « *araignée prête à bondir* ») ;
- Imago paternelle dévalorisée ou inexistante.

L'**identification projective** au Rorschach se repère selon De Tychey (1982) en référence aux travaux initiaux de Schafer (1954) et Lerner (1975, 1980) en la réponse humaine confabulée (de faible qualité formelle évidemment) véhiculant une tonalité agressive ou menaçante. De Tychey (1982) met en lien la réponse confabulée avec la question des limites internes/externes souhaitant nous transmettre l'idée que le sujet a tellement peur d'être mis sous l'emprise de forces négatives (la « rage orale » qu'il reprend à Sugarman [1980]) qu'il prend lui-même l'objet en otage de ses pulsions sadiques agressives. Les exemples sont nombreux mais nous retiendrons celui-ci proposé par l'auteur : « *Un géant qui se dirige vers moi... Je peux voir ses énormes dents... Il me regarde droit dans les yeux... ses mains sont levées comme s'il voulait me battre* » car ce mécanisme peut être pensé à un niveau psychotique de la personnalité au sens de Klein (1921, 1932), là où les objets sont partiels contrairement à l'exemple emprunté faisant appel à un « géant ». Nous pensons que le mécanisme kleinien d'identification projective est repérable grâce à la proposition de De Tychey (1982) quand cette même identification projective s'adresse à des objets partiels par exemple « *un regard méchant* » sans construction plus aboutie (contrairement à l'exemple du géant représentatif d'un objet entier unitaire).

Nous proposons de réactualiser les mécanismes proposés par De Tychey (1982) dans les psychoses dissociées si dans les protocoles observés le déni remplace le refoulement et la projection le retournement en son contraire.

L'angoisse dominante

Comme nous l'avons présenté (De Tychey, [De Tychey et Sagnes] 1989, 2017) a proposé de retenir une angoisse par peur de pénétration (anale) dans la paranoïa ainsi qu'une angoisse de morcellement par défaut d'unité du Moi corporel dans la schizophrénie, dans la lignée du modèle structuraliste psychanalytique de Bergeret (1974).

L'organisation du Moi

Synthèse du degré de représentation de soi entier unitaire, de la nature privilégiée de la relation d'objet, des mécanismes de défense privilégiés, de la nature de l'angoisse dominante tels les enseignements à partir des marqueurs théorico cliniques formalisés par Bergeret (1974). Ce résumé permet de conclure au diagnostic de personnalité dans une perspective structuraliste.

F. MMPI-2-RF

Le MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013) est utilisé dans le cadre d'une vague de validation test/re-test à dix-huit mois d'intervalle d'une partie de notre échantillon, dans le but d'asseoir la fidélité de nos diagnostics de paranoïa. Les indicateurs diagnostiques recueillis au test de Rorschach sont comparés aux indicateurs diagnostiques recueillis au MMPI. La comparaison entre la validité de ces deux tests a été réalisée à l'occasion de deux méta-analyse importantes (Hiller et al., 1999 & Garb et al., 1998) mettant en évidence les preuves empiriques d'une bonne validité entre les deux tests (MMPI-2 et Rorschach). C'est donc parce qu'il est pertinent de comparer les psycho-diagnostics à ces deux tests que nous avons choisi d'utiliser le MMPI dans notre étude portant spécifiquement sur la paranoïa. Nous ne ferons passer ces tests qu'aux sujets paranoïaques afin de valider la fiabilité de notre diagnostic.

Le MMPI-2-RF est un test de personnalité constitué de 9 échelles et de 52 sous-échelles distribuées en 338 items (issus des 567 items du MMPI-2). Cet outil permet une évaluation des caractéristiques cliniques des sujets. Le questionnaire administré sous forme papier-crayon ou rempli directement sur l'ordinateur grâce au logiciel MMPI-2-RF. A l'issue

de la cotation, les résultats se présentent sous forme de profil de personnalité avec la possibilité de comparer les résultats du sujet à ceux d'un groupe de référence.

L'intérêt majeur de cet outil pour nous est de comparer les profils obtenus au profil de la population tout-venant inclus dans la validation du test dans sa version française, aux profils de la personnalité paranoïaque. Le second intérêt du MMPI-2-RF pour nous est qu'il contient des échelles de validité contrairement à la plupart des questionnaires de personnalité, garantissant ainsi la validité des items aux échelles appartenant à des dimensions cliniquement pertinentes, résolvant ainsi les problèmes d'hétérogénéité rencontrés dans la plupart des questionnaires. La spécificité du MMPI-2-RF est que les échelles ont été soumises à une analyse factorielle afin de regrouper les items en vue de l'optimisation de leur fiabilité. De plus, un ensemble d'échelles de validité a été développé et les échelles PSY-5 d'Harkness et Mc Nulty (2007) (développée dans le but de mesurer les principales dimensions de la personnalité pathologique) ont été révisées dans la construction de la version du MMPI-2-RF.

Les échelles de validité du MMPI-2-RF sont au nombre de 10 :

- CNS : réponses inexploitables
- VRIN-r : réponses variables incohérentes
- TRIN-r : réponses systématiques incohérentes
- F-r : réponses rares
- Fp-r : réponses rares
- Fs : réponses somatiques rares
- FBS-r : validité des symptômes rapportés
- RBS : réponses biaisées
- L-r : réponses biaisées
- K-r : validité d'adaptation

Il existe deux grandes échelles d'évaluation dans le test : l'une pour évaluer 13 domaines symptomatiques chez le patient adulte, la seconde comprend des questions entreprenant une évaluation en profondeur de certains domaines. La version adulte mesure par 23 questions 13 domaines psychiatriques incluant la dépression, la colère, la manie, l'anxiété, les symptômes somatiques, l'idéation suicidaire, la psychose, les problèmes de sommeil, la mémoire, les

pensées et conduites répétitives, la dissociation, le fonctionnement de la personnalité et l'utilisation de substances. Chaque item est scoré sur une échelle en 5 points (0= absent, 1= léger ou rare, moins d'un jour ou deux ; 2= bénin ou sur plusieurs jours, 3= modéré ou plus de la moitié des jours, 4=sévère ou presque toute la journée).

Si dans le profil psychopathologique l'échelle **RC6** (idées de persécution) est impliquée il y a suspicion de traits paranoïaques car dans ses réponses, le sujet rapporte « d'importantes idées de persécution comme la croyance que les autres cherchent à lui nuire » (E.C.P.A., 2013) et pouvant probablement selon les auteurs aller « jusqu'à des délires paranoïaques (si RC6 > 80) » (E.C.P.A., 2013). Ces réponses corréleraient empiriquement avec les pensées paranoïaques délirantes (si RC > 80). L'échelle RC6 contribue à l'évaluation des troubles impliquant des idées de persécution ainsi qu'à l'évaluation des troubles impliquant des pensées paranoïaques délirantes (si RC > 80). Nous serons donc particulièrement attentive aux résultats à cette échelle de nos sujets. De plus, J.-A. Finn dans une étude de 2014 formule l'hypothèse selon laquelle les troubles de la personnalité paranoïde et schizoïde corréleraient positivement avec l'échelle INTR-r (introversion/émotions positives faibles) au sein de l'échelle PSY-5. Mais c'est avec surprise que les auteurs ont observé des scores à l'échelle INTR-r qui n'étaient pas associés avec des symptômes paranoïdes mais plutôt à celle de NEGE-r (émotions négatives). Dans les deux échantillons constitués par l'auteur (2014), la méfiance a eu sa plus forte association avec l'échelle NEGE-r. Nous serons donc également particulièrement attentive aux résultats de nos sujets à ces deux sous-échelles au regard des résultats de J.A. Finn (2014).

Il nous semble intéressant de lier une approche de l'intra par le test de Rorschach à une approche de la dimension consciente, quoiqu'épurée aussi de ses biais par des échelles sophistiquées (échelles de validité et de mensonge), par le MMPI-2)-RF questionnaire auto-administré et relativement exhaustif au regard du nombre d'items et d'échelles. Claude de Tychev (2016), dans la préface de l'ouvrage de Roques et Hurvey, insiste, à l'instar de son intervention dans le collectif dirigé par Boris Cyrulnik en 2012 consacré à la résilience, sur l'intérêt de conjuguer ces deux approches. Nous avons respecté l'essence de cette proposition dans l'étude longitudinale.

G. Echelle (tableau 7) des indicateurs de la paranoïa au test de Rorschach pour le différentiel avec la schizophrénie

Sur la base de la revue de la littérature en partie III concernant le test de Rorschach, ainsi que sur la base des travaux du groupe de Nancy concernant la représentation de soi, la relation d'objet, les mécanismes de défense, l'angoisse dominante, le niveau de mentalisation, la force du Moi et le niveau de stabilité instabilité, nous avons réalisé une grille de la paranoïa au test de Rorschach afin d'aider le projectiviste, clinicien ou chercheur à repérer les marqueurs diagnostiques au sein des protocoles. La grille de la paranoïa permet selon nous un différentiel au sein des organisations psychotiques entre paranoïa et schizophrénie. Si les marqueurs sont tous remplis, le choix diagnostique en faveur de la paranoïa est conseillé, nous le mettrons à l'épreuve des faits et indiquerons son potentiel pour chacun des 25 cas constitutifs de notre échantillon de paranoïa au cours de l'analyse. La grille nous permettra l'opérationnalisation de nos hypothèses théoriques.

Tableau 7 : l'échelle des indicateurs de la paranoïa

Besoins de protection					Projections délirantes	
Contenus renforts des enveloppes narcissiques		Contenus de protection				
(H) Para-humains	carapace ou para-animaux	Vêtements protecteurs	Mur, piques, portes...	Masque	omniscientes	mystiques
Projection de la méfiance		Effet C/ Symbolisation				
Directe	Indirecte	Usage pastel contenus a-fantasmatique	Niveau symbolisation agressivité	P. 2, 3, 8, 9,10 (abstraction)	Contam	Conclusions projective qualitatives
	Hypervigilance					
Assises narcissiques	Relations d'objets					
	Grandes Kinesthésies		Petites kinesthésies	Emprise perverse archaïque		
% RS entière unitaire	Persécutant/persécuté	de défiance	kp "tête", "visage"			
Indicateurs qualitatifs psychog		Contrôle de la réalité				
Méfiance indirecte	Pulsionnalité anale homoérotique	Pensée logique hyperationnelle				
Yeux	Perspect. Anales	Espace	Temps	Causalité		

H. La grille (tableau 8) de la représentation de soi

La grille de la représentation de soi a été constituée sur la base des travaux de De Tychev (2014) et de Nina Rausch avant lui (1978, 1994). Elle nous permet d'opérationnaliser nos hypothèses portant sur la représentation de soi (H 11) mais aussi de repérer un niveau moyen et de distinguer les trois sous-groupes entre eux, comme nous le verrons.

Tableau 8 : la grille de la représentation de soi

Nature des contenus	Entiers (unitaires)	Parcellaires	Fragmentaires
<p><i>N.B.</i> : viennent détériorer le contenu qui cesse d'être entier unitaire un contenu de mauvaise qualité formelle ou un contenu comportant soit télescopage entre les règnes ; Defect. ; Devit. ; Autocrit. ; Critobj. ; Contam.Confab.</p> <p><u>Non unitaire</u> :</p> <p>Henf</p> <p>Aenf</p> <p>Frag</p> <p>(H) mort entier</p> <p>(A) mort entier</p>	<p>H entier unitaire sexué</p> <p>H entier unitaire</p> <p>H entier non unitaire</p> <p>A entier unitaire sexué</p> <p>A entier unitaire</p> <p>A entier</p> <p>Bot entière unitaire</p> <p>Bot entière</p> <p>H irréel ou imaginaire H entier sexué</p> <p>H irréel ou imaginaire entier</p> <p>H irréel ou imaginaire</p> <p>A irréel ou imaginaire A-entier unitaire sexué</p> <p>A irréel ou imaginaire entier unitaire</p> <p>A irréel ou imaginaire entier</p> <p>Obj. entier unitaire sexué</p> <p>Obj. entier unitaire</p> <p>Obj. entier</p>	<p>Hd</p> <p>Ad</p> <p>Fœtus</p> <p>Morceaux d'objets ou de tout autre contenu</p>	<p>Echographies ou radios d'anatomies</p> <p>Sexe</p> <p>Anatomies</p> <p>-squelettes</p> <p>-viscérales</p>

Il s'agit d'adopter à la fois une lecture verticale et horizontale dans le sens du niveau de la représentation de soi au sein des catégories. Seuls les contenus inclus dans la première colonne et UNITAIRES s'inscrivent dans le calcul du pourcentage de représentation de soi entière unitaire. On les sommera pour chaque sujet pour calculer le pourcentage de représentations entières unitaires du sujet par rapport au total R de ses réponses. Pour cela le scoring ne doit pas contenir les cotations signalées dans la colonne de référence des indicateurs venant dégrader la qualité unitaire de la représentation de soi. La grille est inspirée par les travaux de De Tychey (2014), lui-même inspiré par Nina Rausch et Anne Sanglade (1994).

5.3. Hypothèses de travail

Nous partirons de chacune de nos hypothèses théoriques antérieures (fin de la partie IV) en restant fidèle à leur numérotation initiale pour opérationnaliser les marqueurs que nous privilégierons afin de les transformer en hypothèses de travail, grâce aux outils présentés.

❖ *Population générale versus population psychotique dissociée*

H 1 : Nous devrions trouver dans toutes ces formes de psychoses dissociées décompensées un rapport à la réalité défaillant

H1a. Le rapport à la réalité devrait être plus défaillant dans tous nos sous-groupes et sera évalué par la F+% (qualité formelle) moyen obtenu dans notre échantillon (n=81) à celui obtenu dans les normes des sujets tout-venant (De Tychey et al., 2012) car il nous renseigne sur la conservation ou non du **sens de la réalité**.

H1b. L'altération du rapport à la réalité postulé sera également évalué par les 3 indicateurs de l'adaptation sociale : le H% (désir de contact humain), le A% (recours à la pensée collective) et les Ban (adaptation conformiste) : le A% H% moyen de nos 3 groupes devrait être significativement plus faible que celui de la population tout venant et la fréquence des banalités plus faible que dans la population tout-venant alors que la détérioration qualitative de ces banalités devrait être plus importante que dans la population tout venant.

H1c. L'altération des liens à la réalité se repérera également dans la cotation CONTAM dans le sens où cet indicateur met en évidence des déviations graves de la pensée logique (en lien aussi avec les mécanismes de défense, voir hypothèses H3).

*H 2 : Concernant la nature des **conflits dominants** nous devrions trouver dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées un conflit entre les pulsions (Ça) et la réalité*

H2 a : Le conflit dominant des sujets psychotiques entre les pulsions et la réalité devrait se traduire dans tous les sous-groupes par une fréquence plus importante de sujets présentant un F+% abaissé par rapport aux normes tout venant associé à un F% plus élevé que dans la population tout venant.

H2 b : Le conflit dominant entre pulsion et réalité devrait se traduire également à travers la chute du G+% venant traduire la plupart du temps des G chargées de fantasmes archaïques de mauvaises qualités formelles (associées à des confab voire des contam) et une augmentation du G% car les appréhensions globales nous semblent permettre de lutter contre l'angoisse de morcellement liée au surplus d'excitation provoqué par l'instance pulsionnelle.

H2 c : Nous repérerons une confusion interne / externe dans la profusion des réponses ANAT des sujets de notre échantillon contrairement aux sujets de la population tout-venant (l'interne prend le pas sur l'extérieur) une augmentation des Hd (par le ratio H/Hd) associées à des DEFECT ; Ad (ratio A/Ad) associées à des DEFECT ; Sex et Sg (en lien avec l'augmentation du IA% voir hypothèses concernant l'angoisse dominante H4).

H2 d : La qualité de la succession venant traduire la capacité d'ancrage dans une réalité extérieure (dans la réalité matérielle, ancrage du corps et ancrage du Moi) sera largement plus souvent incohérente dans notre échantillon.

*H 3 : Concernant les **défenses dominantes** nous devrions trouver dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées les signes de l'échec du refoulement ainsi qu'une dominante du recours à des défenses archaïques comme le déni de la réalité, la projection, le dédoublement du Moi, le clivage, l'identification projective et la forclusion.*

H3a. : L'échec du refoulement devrait se constater en premier lieu par la chute des réponses banalités chez notre population par rapport à la population générale.

H3b.: La projection devrait se traduire par l'augmentation des petites kinesthésies et l'altération du F+% comparativement aux normes de la population tout-venant.

H 4 : Concernant l'angoisse de morcellement, nous pensons que des indicateurs au test de Rorschach nous permettront de la repérer dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées ; elle devrait s'accompagner d'une représentation de soi majoritairement dissociée non unitaire dans tous les sous-groupes.

H4a.: L'angoisse de morcellement devrait se traduire également à travers l'augmentation du IA% dans le groupe clinique.

H4b. L'angoisse de morcellement devrait se traduire également au niveau du ratio A/Ad et H/Hd plus faible (significativement statistiquement) que dans la population générale.

H 5 : Nous devrions également trouver des traces des troubles de la pensée liés aux mécanismes de défense archaïques dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées.

H5a : Nous devrions repérer des types d'appréhension particuliers au test tels que l'augmentation du Di % correspondant au détail inhibitoire.

H5b. Nous devrions repérer une augmentation du mode d'appréhension en Dd (petits détails) venant traduire une tendance à l'intellectualisation excessive chez les sujets du groupe clinique.

❖ *Sous-groupe schizophrénie versus sous-groupe schizophrénie paranoïde versus sous-groupe paranoïa*

Les hypothèses théoriques différentielles propres aux caractéristiques du fonctionnement intrapsychique des trois groupes de psychoses dissociées décompensées entre elles sont les suivantes :

H6 : Concernant l'organisation pulsionnelle des sujets présentant une organisation schizophrénique et schizoparanoïde, nous devrions repérer les indicateurs d'une régression au stade oral contrairement aux sujets paranoïaques qui devraient eux présenter une régression au premier sous stade anal avec un versant homoérotique beaucoup plus marqué

H6a : Le niveau de régression pulsionnelle anale plus marqué du sous-groupe « paranoïa » devrait se traduire par une fréquence significativement plus importante des réponses cotées PERSPECT ANALE dans ce sous-groupe comparativement aux sous-groupes de sujets schizoparanoïdes et schizophrènes.

H6b. : Les Choc K devraient être plus importantes dans le sous-groupe des schizophrénies (schizophrénie + schizophrénie paranoïde) que dans la paranoïa venant traduire un repli narcissique plus important.

H6c. : Les réponses humaines traduites à travers les H% devraient être plus importantes dans la paranoïa que dans les schizophrénies venant mettre en lumière par dissociation moins marquée de l'identité.

H6d. : Les réponses banalités et le F+ % devraient être plus élevées dans la paranoïa que dans la schizophrénie dans la mesure où le rapport à la réalité et l'efficacité du refoulement pourrait y être un peu moins effondré.

H6e. : Le IA % devrait être plus faible dans la paranoïa que dans la schizophrénie dans le sens où le sujet est moins soumis à l'angoisse de morcellement par défaut d'unité grâce à l'écran homoérotique.

H6f. : Les réponses DEVIT et ANAT devraient être moins importantes dans la population paranoïaque que dans la population schizophrène du fait du repli sur soi et du désinvestissement objectal traduit par le biais de ces réponses.

H 7 : Concernant l'angoisse dominante, nous repérerons une cause dominante différente : dans la schizophrénie nous devrions trouver une angoisse de morcellement par défaut d'unité du Moi corporel (plus marquée dans le groupe de schizophrénies "pures" que dans le groupe schizoparanoïde) alors que l'angoisse de morcellement par peur de la pénétration anale devrait être plus marquée dans les organisations paranoïaques.

H7a. : Comme indiqué dans les hypothèses précédentes les ANAT et SEX et toutes réponses venant traduire le morcellement de l'image de soi devraient être plus élevées dans la schizophrénie que dans la paranoïa.

H7b. Le G+% devrait être plus élevé dans la paranoïa du fait du niveau du développement du Moi plus élaboré permettant un meilleur ancrage du corps.

H7c. : Les CHOC M seront plus présents dans la schizophrénie que dans la paranoïa où les sujets sont prêts à parer le défaut d'unité par le biais de l'écran homoérotique.

H7d. : Les PERSPECT ANALES seront plus importantes dans la paranoïa que dans la schizophrénie paranoïde et plus importantes dans la schizophrénie paranoïde que dans la paranoïa (Bergeret n'exclut pas le passage entre narcissisme autoérotique et homoérotique).

Qualitativement, nous devrions repérer une tonalité anale (à travers les contenus boue, saleté, mais aussi à travers l'emprise) plus fréquente dans les protocoles paranoïaques que dans les protocoles de schizophrénie hébéphrénique...

*H8 : Nous repérerons des effets de la projection, de la menace et de l'intentionnalité malveillante et celle des besoins de protection nettement plus marqués du **point de vue défensif** dans les organisations paranoïaques que dans les organisations schizoparanoïdes (et elles seront aussi plus marquées chez ces dernières que dans les organisations schizophréniques pures).*

H8a.: Les réponses YEUX cotation qualitative à partir des critères définis par Schafer (1954) et Lerner (1998) à la projection de la menace ou intentionnalité malveillante seront en augmentation dans la paranoïa par rapport à la schizophrénie et plus importantes dans la schizophrénie paranoïde que dans la schizophrénie.

H8b. La projection de l'agressivité devrait être plus marquée dans la paranoïa que dans la schizophrénie (en lien avec la lutte pour la survie paranoïaque) et se traduisant statistiquement à travers l'augmentation des cotations CRIT OBJ dans les protocoles paranoïaques versus schizophrénies (les deux confondues).

H8c. Les réponses DEVIT devraient être plus importantes dans les schizophrénies que dans la paranoïa venant traduire une forme de néantisation de l'individualité et une incapacité à s'humaniser comme vivant et incarné.

H8d. Le déni plus massif et envahissant dans la schizophrénie comparée à la paranoïa devrait s'illustrer à travers l'augmentation des réponses REFUS et PERSEV de la pensée (par répercussion des mécanismes de défense sur les troubles de la pensée dans le modèle bergerétien).

*H9 : La **relation d'objet dominante** devrait être de nature persécutrice et clairement plus marquée dans le fonctionnement paranoïaque et schizoparanoïde que dans le mode de relation des schizophrènes en proie au désinvestissement objectal.*

H9a. : Les kinesthésies humaines (de types paranoïdes) devraient être plus importantes dans la paranoïa que dans la schizophrénie du fait d'un recours à l'imaginaire plus facilement accessible dans la paranoïa et d'un imaginaire plus riche permettant l'accès à des solutions délirantes auto-thérapeutiques.

H9b. : Le nombre de kinesthésies devrait être plus important dans le sous-groupe des paranoïas par rapport aux sous-groupes des schizophrénies en raison d'un espace imaginaire moins facilement cadenassé par la chimiothérapie.

H9c. Les kinesthésies devraient être plus importantes dans le sous-groupe schizophrénies paranoïdes que dans les schizophrénies pour les mêmes raisons.

H9d. : Les Choc K devraient être plus importants dans la schizophrénie que dans la paranoïa venant traduire le déni de la relation et le désinvestissement objectal dans cette dernière.

*H 10 : Nous devrions repérer un **espace imaginaire** des sujets paranoïaques et schizoparanoïdes moins altéré par la chimiothérapie chez ces sujets qui devraient se présenter plus riches sur ce plan que celui des sujets schizophrènes.*

H10a. : Le nombre de réponses devrait être significativement plus important chez les sujets paranoïaques que schizophrènes et moins important chez le sous-groupe schizophrénie que schizophrénie paranoïde.

H10b. Le nombre de réponses devrait être moins important dans la schizophrénie paranoïde que dans la paranoïa pour les mêmes raisons.

*H 11 : Nous devrions trouver une **représentation de soi** plus dissociée chez les sujets schizophrènes que chez les sujets schizoparanoïdes et plus dissociée chez ces derniers que chez leurs homologues paranoïaques.*

H11a. : Le pourcentage de représentation de soi entière unitaire, dont le calcul est élaboré à partir de notre grille présentée plus haut, devrait être plus élevé chez les sujets paranoïaques que chez les sujets schizophrènes paranoïdes.

H11b. Le pourcentage de représentation de soi entière unitaire devrait être plus élevé chez les sujets schizo-paranoïdes que chez les schizophrènes du fait de leur niveau de développement libidinal légèrement plus élaboré.

H11c : Nous repérerons une différence significative entre le pourcentage de représentation entière unitaire chez les sujets diagnostiqués de paranoïa versus les sujets diagnostiqués de schizophrénie, allant dans le sens d'un développement homoérotique plus avancé dans la paranoïa comparativement aux autres sujets (pourcentage de représentation de soi entière unitaire significativement plus élevé dans la paranoïa).

H12 : Nous repérerons une stabilité des indicateurs propres à la paranoïa (voir la grille de la paranoïa) au test/re-test à 24 mois d'intervalle entre les deux passations.

E. Type de traitements statistiques

Dans la première étude, nous appliquerons des t. test, type test de Student lorsque les variables respecteront une distribution normale ou un test de Welch lorsque les distributions des variables ne respecteront pas une loi normale (voir la distribution des variables en annexes). Les scores de l'échantillon clinique, constitué de 81 sujets issus de la population psychiatrique, seront comparés aux résultats obtenus dans l'étude de De Tychev et al. (2012, [n=310]) représentative de la population tout-venant. Certains indicateurs (DEVIT, CRITOBJ, etc.) ont dû être exclus de la première étude comparative entre la population psychiatrique psychotique et la population générale (De Tychev et al, 2012b), car nous ne disposons pas de ces normes dans la population tout-venant du fait qu'il s'agit d'indicateurs très qualitatifs que nous avons privilégiés pour comparer nos sous-groupes psychopathologiques.

Dans la seconde étude comparant les trois sous-groupes psychiatriques entre eux [n=25-26-30], nous utiliserons différents types de tests statistiques : des tests non-paramétriques (Wilcoxon) ainsi que des tests paramétriques (ANOVA avec le test de l'intensité n êta carré) afin de confirmer nos résultats selon les différentes méthodes. Nous avons constitué trois sous-groupes sur la base des diagnostics psychiatriques et projectifs, l'échantillon a donc été décomposé en groupes plus homogènes afin de les comparer entre eux :

- **25 sujets diagnostiqués de paranoïa**

- **26 sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde**
- **30 sujets diagnostiqués de schizophrénie**

Nous invitons le lecteur à re-consulter le tableau récapitulatif (Tableau 6 : les sujets n=81) avec le nom - modifié par souci d'anonymat - des patients, et à le mettre en lien avec les données d'anamnèse ainsi que les profils symptomatiques en annexes.

Dans un premier temps ont été appliquées des statistiques de type non-paramétriques entre trois sous-groupes et cela dans les sens où la distribution des variables ne respecte pas systématiquement une loi normale et que les sous-groupes n'atteignent pas le nombre minimum conseillé pour l'application de tests paramétriques : 30 sujets par sous-groupes ; même si nous les avons presque atteints [25-26-30]. C'est dans le souci de conserver des sous-groupes le plus homogènes possible (même si nous l'accordons au lecteur ces sous-groupes sont à nouveau subdivisés en autres sous-groupes car ils contiennent des sujets issus de a-structures et ayant décompensé secondairement dans la psychose dissociée) que nous avons fait le choix de supprimer des sujets des sous-groupes initialement constitués de 30-30-30 ; car leurs critères d'exclusion reposaient principalement sur des divergences, soit des membres de l'équipe psychiatrique impliquée dans le diagnostic, soit d'une divergence de l'équipe de psychologues cliniciens chargée de le confirmer à partir des critères de nosographie psychanalytique. Dans tous les cas, le test de Wilcoxon nous a paru être un test statistique non-paramétrique adapté pour comparer des sous-groupes dont la distribution des variables ne respecte pas systématiquement une loi normale, sous-groupes dont l'effectif est non-équivalent et dont deux d'entre eux sont inférieurs à 30 [n= 25 *versus* n= 26 *versus* n= 30]. Avec une telle sévérité dans l'inclusion de nos sujets, il nous semble que nos sous-groupes restent relativement homogènes, permettant peut-être de dégager des profils au test de Rorschach.

Dans un second temps, pour confirmer nos résultats, ont été appliqués des tests paramétriques ANOVA par le biais de la modification des distributions par des logarithmes afin que celles-ci, qui au départ ne respectaient pas une distribution normale, la respectent ensuite (si le skewness et le kurtosis se situent entre -2,5 et + 2,5). Nous illustrerons ces distributions dans les statistiques descriptives (en annexes) où apparaissent les scores de nos échantillons pour les différentes variables au « skewness » et au « kurtosis » qui

correspondent respectivement à un coefficient d'asymétrie et à un coefficient d'aplatissement de la distribution de chaque variable qui doit être testée. Ce sont ces deux indicateurs qui permettent de décrire la courbe formée par la distribution, en l'occurrence normale ou non (normale entre -2,5 et + 2,5). En outre, lorsque ce sera normal et que nous pourrons appliquer les ANOVA ensuite nous mettrons les indicateurs pour lesquels p. est significatif à l'épreuve de l'intensité du lien par le calcul de l'indicateur Eta2. Le n éta carré est un test de l'intensité du lien entre la variable dépendante et la variable indépendante, ici entre les diagnostics psychiatriques (paranoïa versus schizophrénie paranoïde versus schizophrénie). Eta2 mesure l'effet global de la variable indépendante sur la variable dépendante. Cet indicateur met en évidence la puissance du test : plus l'association entre les variables dépendantes et la variable indépendante est forte, plus cela signifie que le résultat du test est puissant (probabilité de rejeter H0 dans le test d'hypothèse à la moyenne intergroupes ANOVA).

Nous appliquerons les tests statistiques (t test dans l'étude entre population psychiatrique et tout-venant, non paramétriques et ANOVA dans l'étude comparative entre les trois sous-groupes de l'échantillon) sur le logiciel R, car il a la vertu d'être gratuit et de pouvoir être paramétré facilement à travers un langage ergonomique (code R).

6. Partie VI : Analyse des résultats

Statistiques descriptives (n= 81) et premières analyses descriptives

Toutes les moyennes ainsi que les distributions apparaissent dans les tableaux ci-dessous où il est possible d'observer la moyenne, la médiane, la variance, l'écart-type et le nombre de sujets testés pour chaque variable de notre modèle au test de Rorschach.

Tableau 9 : statistiques descriptives de l'échantillon total

	moyenne	médiane	var	sd	.n
age	41.19	39.0	148.20	12.17	81
R	22.31	21.0	106.87	10.34	81
trait	1.05	1.0	0.37	0.61	81
T	796.90	637.5	385289.73	620.72	78

G	39.98	38.0	332.05	18.22	81
G+	19.20	12.0	352.99	18.79	81
D	51.93	54.0	294.04	17.15	81
Dd	4.27	0.0	40.43	6.36	81
Di	0.93	0.0	7.34	2.71	81
dbl	2.40	0.0	22.34	4.73	81
Succes	1.05	1.0	0.17	0.42	81
TRI	1.84	2.0	0.91	0.95	81
A	39.30	36.0	385.59	19.64	81
A	31.95	28.5	300.28	17.33	80
H	20.02	18.0	193.37	13.91	81
He	10.72	8.0	102.00	10.10	80
Ban	2.15	2.0	1.85	1.36	81
IA	16.81	14.0	178.40	13.36	81
F	62.93	62.0	299.69	17.31	81
F.	34.58	31.0	273.30	16.53	81
contam	0.84	0.0	1.74	1.32	81
devit	0.79	0.0	1.44	1.20	81
defect	0.99	0.0	2.86	1.69	81
persp.an	0.70	0.0	1.24	1.11	81
autocrit	0.73	0.0	2.18	1.47	81
critobj	1.16	0.0	3.04	1.74	81
refus	0.36	0.0	0.53	0.73	81
Anat	1.14	1.0	1.67	1.29	81
chocM	0.33	0.0	0.22	0.47	81
yeux	1.14	0.0	3.14	1.77	81
sex	0.30	0.0	0.51	0.71	81

persev	0.21	0.0	0.34	0.59	81
chocK	0.42	0.0	0.25	0.50	81
DG	2.96	3.0	2.39	1.54	81

	Moy.	Med.	var	sd	valid.n
K	1.65	1	4.73	2.17	81
k	2.41	1	9.99	3.16	81
total k	3.84	2	21.04	4.59	81
A/Ad	0.67	1.00	0.22	0.47	81
H/Hd	0.43	0.00	0.25	0.50	81
	Moy.	Med.	var	sd	valid.n
Représentation de soi	25.50	. 50	2147.55	46.34	81

Ces tableaux illustrent les analyses descriptives des moyennes et des écarts-types de l'échantillon total (n=81). Ainsi, nous pouvons effectuer une première comparaison entre les normes obtenues chez la population psychiatrique dans cette étude à celles de la population tout-venant dans l'étude de 2012 par De Tychey et al.

Les résultats ne sont pas négligeables dans le sens où nous constatons des différences de moyennes importantes - que nous mettons ensuite à l'épreuve des tests statistiques - entre les sujets tout-venant et la population psychiatrique.

Concernant l'indicateur de nombre moyen de réponses, dans l'étude de De Tychey et al. (2012 [n=310]), la population générale obtient un nombre moyen de réponses égal à 28,16 (écart-type=14,75) tandis que l'échantillon de la population psychiatrique de cette étude (n=81), obtient un nombre moyen de réponses égal à 22,31 (écart type =10,34).

Le G % correspond aux normes calculées chez la population en 2012 par De Tychey et al, car l'échantillon représentatif de la population générale (n=310) obtient une moyenne de G % fixée à 36,83% (écart-type=18,17) et l'échantillon représentatif de la population psychiatrique psychotique (n=81) obtient une moyenne au G % de 39,98 (écart-type= 18,22). Nous observerons les résultats entre les différents sous-groupes de l'échantillon clinique [n=25-

n=26-n=30) afin d'observer si leur homogénéité permet de détecter une certaine sensibilité intergroupe du G %.

Le D % appartenant à la population générale obtient une moyenne de 57,24 (écart-type=15,95) tandis que l'échantillon représentatif de la population psychiatrique obtient un D% moyen égal à 51,93 (écart-type=17,15), soit un D % plus bas que dans la population générale, certainement en lien avec l'augmentation du Di % du dbl (indique une sensibilité au manque et des vécus de carence) ainsi que du Dd % puisque le G% est similaire. Nous mettrons ces indicateurs à l'épreuve des statistiques dans l'étude qui suit la phase des statistiques descriptives.

En effet, le Di% égal à 0,77 % (écart-type=2,23) dans la population générale est plus faible que le Di % moyen de la population psychiatrique égal à 0,93 (écart type de 2,71) ; le dbl % est également plus élevé que celui obtenu par la population générale où il est égal à 1,99 (écart-type=3,15) tandis que la population psychiatrique obtient le score moyen de dbl moyen égal à 2,34 (écart-type=4,73) ; mais l'indicateur le plus élevé obtenu par la population psychiatrique est le Dd %, égal à 4,27 (écart-type= 6,36). Il nous semble qu'en additionnant ces petits indicateurs Dd+dbl+Di de localisation particuliers, nous obtenons un total moyen pour la population clinique de 7,54 versus 5,89 pour la population tout-venant.

Après les modes de localisation particuliers, nous repérons une chute phénoménale du F+ % en ce qui concerne les modes d'appréhension ! Le score moyen obtenu par la population tout-venant à cet indicateur est égal à 60,86 (écart-type=14,65) *versus* 34,58 (écart-type=16,53) dans l'échantillon représentatif de la population psychiatrique. Nous l'avions indiqué dans les hypothèses, cet indicateur met en lumière la qualité des liens à la réalité, il semble donc logique qu'il soit effondré chez la population clinique, nous verrons si les différences sont significatives avec les scores de la population tout-venant lors de l'application des t. tests.

Le F % est un peu plus élevé dans la population psychiatrique (m=62,93 ; écart-type=17,31) que dans la population tout-venant (m=57,81 ; écart-type=17,16). Mettant en évidence une tendance à surinvestir la forme sur les autres modes d'appréhension chez cette population et soulignant peut-être également un recours à l'imaginaire plus cadenassé chez la

population psychiatrique psychotique dissociée. Les résultats statistiques nous permettront de conclure ou non à une différence significative entre les deux échantillons.

La moyenne des kinesthésies aurait tendance à venir confirmer cette première observation, puisque nous l'avons déjà indiqué, si les kinesthésies augmentent, automatiquement le F % diminue. Nous savons que l'un est le pendant de l'autre (même si d'autres facteurs entrent en compte tels les déterminants couleurs et estompages). La moyenne de petites kinesthésies chez la population tout-venant est de 3,82 (écart-type=3,44), tandis qu'elle est plus basse chez la population psychiatrique, égale à 2,41 (écart-type=3,16). La moyenne des grandes kinesthésies est quant à elle égale à 2,42 (écart-type=2,04) dans la population tout-venant alors qu'elle chute à 1,64 (écart-type=2,17) chez la population psychiatrique psychotique dissociée. De plus, nous remarquons que les plus en chute sont les grandes kinesthésies. Les statistiques appliquées permettront de valider ou d'infirmer nos propositions à travers leur évaluation en termes de significativité.

Nous repérons à la fois une chute du A% dans l'échantillon clinique par rapport à la population générale mais aussi de façon assez surprenante, une augmentation du H%. Le A % moyen est égal à 42,55% dans la population tout-venant (écart-type=13,6) tandis qu'il est plus faible dans la population psychiatrique A%= 39,30 (écart-type=19,6). Le H% moyen dans la population tout-venant est égal à 15,85% (écart-type= 8,42) quand il augmente jusqu'à une moyenne de 20,02 (écart-type=13,91). Nous pensons que la tendance à la projection de la menace ou de la persécution dans les organisations paranoïdes a pu faire augmenter cet indicateur, nous comparerons les moyennes et les variances de ces différents indicateurs entre les sous-groupes ensuite.

Les ratios A/Ad et H/Hd ne sont pas respectés en règle générale dans l'échantillon clinique. En 2012, De Tychey et al. observent un ratio A/AD (4A/4Ad) dans la population tout-venant respecté dans 34,19% des cas tandis que dans notre échantillon il n'est pas respecté dans 33% des cas, recoupant avec les observations de De Tychey sur la population générale. Nous donnerons notre avis sur cette question ainsi que sur les raisons qui selon nous participent à ce résultat en discussion. En revanche le ratio H/Hd (2H/1Hd) semble sensible dans la population clinique puisque nous atteignons une majorité de sujets qui ne respectent pas le ratio, ils sont 57% à ne pas avoir donné 2H/1Hd ; tandis que dans la population générale, De Tychey et son équipe ont repéré un ratio respecté concernant le H/Hd dans la

majorité des cas et une partie, 37% de la population ne respecte pas ce ratio. Le résultat des moyennes des résultats des ratios respectés entre la population générale et la population clinique semble mitigé, mais nous y reviendrons, et le ratio H/Hd est clairement différent, à voir si les tests statistiques indiquent une différence significative dans la partie suivante (*statistiques appliquées*).

Le nombre de banalités moyen chez la population générale est de 4,83 (écart-type=1,57) tandis que nous observons un effondrement de la capacité d'adaptation sociale et surtout de l'efficacité du refoulement chez les sujets psychiatriques souffrant de psychoses dissociées puisque la moyenne obtenue chez cette population constituée de 81 sujets est de 2,15 (écart-type=1,36) ce qui est incroyablement bas en termes de capacité à recourir à une pensée collective chez cette population. Si les résultats statistiques confirment une différence significative, la validation de cet indicateur comme un marqueur du refoulement (Schafer, 1954) sera établie selon la théorie psychanalytique sous-jacente qui guide cette étude.

Statistiques descriptives en fonction des trois sous-groupes

Tableau 10 : descriptif des moyennes et écarts types en fonction du diagnostic projectif et psychiatrique convergent

Tableau 10

	PARANOÏA					SCHIZOPHRÉNIE					SCHIZO-PARANOÏDE						
	Moy.	Med.	Var.	sd	valid.n	Moy.	Med.	Var.	sd	valid.n	mean	median	var	sd	valid.n		
RS	27,4	30	124,6	11,65	25	RS	18.94	15.77	196.52	14.02	26	RS	17.17	16.84	93.54	9.67	30
A/Ad	0.60	1	0.25	0.50	25	A/Ad	0.69	1.00	0.22	0.47	26	A/Ad	0.70	1.00	0.22	0.47	30
H/Hd	0.48	0	0.26	0.51	25	H/Hd	0.27	0.00	0.20	0.45	26	H/Hd	0.53	1.00	0.26	0.51	30
K	2.32	2	4.06	2.01	25	K	0.35	0.00	0.48	0.69	26	K	2.23	1.50	7.01	2.65	30
k	4.28	3	18.54	4.31	25	k	1.27	1.00	2.92	1.71	26	k	1.83	1.00	5.18	2.28	30
total k	6.60	5	29.25	5.41	25	total k	1.58	1.00	4.01	2.00	26	total k	3.50	1.00	19.09	4.37	30
R	27.68	26	138.89	11.79	25	R	17.23	16.0	54.10	7.36	26	R	22.23	21.5	85.22	9.23	30
T	1188.70	914	790433.77	889.06	23	T	559.38	553.0	92261.21	303.75	26	T	699.10	589.0	167733.38	409.55	29
G	42.68	40	428.73	20.71	25	G	39.54	37.5	298.74	17.28	26	G	38.10	37.5	293.54	17.13	30
G+	17.20	10	456.58	21.37	25	G+	19.73	15.0	214.20	4.64	26	G+	20.40	15.0	406.04	20.15	30
D	53.56	54	396.42	19.91	25	D	50.50	56.0	250.18	15.82	26	D	51.80	47.5	263.27	16.23	30

dbl	3.40	0	26.08	5.11	25	Dd	4.77	0.0	48.90	6.99	26	Dd	5.60	1.0	55.01	7.42	30
Dd	2.16	0	10.22	3.20	25	Di	0.85	0.0	6.38	2.52	26	Di	1.77	0.0	13.29	3.65	30
Di	0.00	0	0.00	0.00	25	dbl	2.12	0.0	14.11	3.76	26	dbl	1.80	0.0	26.58	5.16	30
A	38.88	37	274.19	16.56	25	A	47.85	41.5	501.82	22.40	26	A	36.23	33.0	262.25	16.19	30
H	20.52	19	155.76	12.48	25	H	16.23	12.5	206.74	14.38	26	H	22.90	20.5	204.64	14.31	30
Ban	2.16	2	2.06	1.43	25	Ban	2.00	2.0	1.20	1.10	26	Ban	2.27	2.0	2.34	1.53	30
IA	15.28	12	120.21	10.96	25	IA	14.62	11.0	140.01	11.83	26	IA	20.00	17.5	255.10	15.97	30
F	55.96	55	287.37	16.95	25	F	66.12	66.0	308.19	17.56	26	F	65.97	69.5	262.72	16.21	30
F+	37.44	35	411.84	20.29	25	F+	30.62	30.0	181.45	13.47	26	F+	35.63	37.5	234.38	15.31	30
contam	1.00	1	0.83	0.91	25	contam	0.50	0.0	0.58	0.76	26	contam	1.00	0.0	3.45	1.86	30
devit	1.16	1	2.64	1.62	25	devit	0.92	0.5	1.27	1.13	26	devit	0.37	0.0	0.38	0.61	30
defect	1.88	1	5.78	2.40	25	defect	0.73	0.5	1.48	1.22	26	defect	0.47	0.0	0.81	0.90	30
persp.an	1.64	1	1.91	1.38	25	persp.an	0.23	0.0	0.50	0.71	26	persp.an	0.33	0.0	0.30	0.55	30
autocrit	0.76	0	1.19	1.09	25	autocrit	0.46	0.0	0.42	0.65	26	autocrit	0.93	0.0	4.55	2.13	30
yeux	2.28	2	6.21	2.49	25	critobj	1.15	0.0	3.98	1.99	26	critobj	1.00	0.0	2.83	1.68	30
refus	0.16	0	0.39	0.62	25	refus	0.62	0.0	0.81	0.90	26	refus	0.30	0.0	0.36	0.60	30
chocM	0.40	0	0.25	0.50	25	Anat	0.73	0.0	0.92	0.96	26	Anat	1.17	1.0	1.66	1.29	30
Anat	1.52	1	2.26	1.50	25	chocM	0.31	0.0	0.22	0.47	26	chocM	0.30	0.0	0.22	0.47	30
chocK	0.20	0	0.17	0.41	25	yeux	0.65	0.0	1.28	1.13	26	yeux	0.60	0.0	0.80	0.89	30
critobj	1.36	1	2.49	1.58	25	sex	0.19	0.0	0.32	0.57	26	sex	0.43	0.0	0.74	0.86	30
						persev	0.46	0.0	0.82	0.90	26	persev	0.07	0.0	0.06	0.25	30
						chocK	0.58	1.0	0.25	0.50	26	chocK	0.47	0.0	0.26	0.51	30

Le nombre de réponses plus élevé chez les sujets diagnostiqués de paranoïa que chez les deux autres sous-groupes, peut créer une augmentation au niveau du nombre d'indicateurs qualitatifs (type CONTAM, DEVIT, etc.) car ces derniers ne sont pas pondérés contrairement aux autres indicateurs (le F% par exemple est pondéré par rapport au nombre de réponses et le F+% pondéré par rapport au F%). Les Américains exnériens ont tenté de maîtriser cette variable sur les indicateurs qualitatifs au test dépendant du nombre de réponses en imposant au sujet testé un nombre de réponses moyen défini et imposé ; mais nous nous refusons de

procéder ainsi et risquer de ne pas respecter la subjectivité de nos sujets. Cela ne nous empêche pas de mener à bien nos analyses, nous tiendrons simplement compte de ce biais dans la mise en comparaison des sous-groupes.

Dans un premier temps, nous pouvons repérer une nette différence entre le nombre de réponses au test du sous-groupe paranoïaque où R est égal à 27, 68 (écart-type= 11,79) avec le sous-groupe schizophrène dans lequel R est égal à 17, 23 (écart-type= 7,36). En score intermédiaire, le sous-groupe schizo-paranoïde dont la moyenne de R est égal à 23, 23 (écart-type= 9,23).

Naturellement, en corrélation avec le nombre de réponses, le temps total des réponses des protocoles issus du sous-groupe paranoïaque est égal à 1188, (écart-type= 889,06) est plus important (donc plus long) que celui des sujets d'organisation schizophrénique dont la moyenne T est égale à 559, 38 (écart-type= 303,75), avec la confirmation, à nouveau, d'un score intermédiaire pour l'échantillon des sujet diagnostiqués de schizophrénie paranoïde dont la moyenne T égale à 699,10 (écart-type= 409,55).

Le G% moyen relatif à l'échantillon de sujets diagnostiqués de paranoïa est égal à 42,68 (écart-type= 20,71) et se trouve être légèrement plus élevé que la moyenne de G% au sein de l'échantillon de sujets diagnostiqués de schizophrénie dont la moyenne est égale à 39,54 (écart-type= 17,28). Le G% moyen dans le sous-groupe de sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde est de 38,10 (écart-type= 17,13).

Le G+ % moyen dans la paranoïa est égal à 17,20 (écart-type = 21,37) alors qu'il est légèrement plus élevé dans la schizophrénie, égal à 19,73 (écart-type= 4,64). Le G+ % dans les organisations schizo-paranoïdes est égal à 20,40 (écart-type=20,15).

Le pourcentage D% moyen dans les organisations paranoïaques est égal à 53,56 (écart-type=19,91) tandis qu'il est légèrement plus faible dans la schizophrénie puisqu'il est égal à 50,50 (écart-type= 15,82). Dans les organisations schizophrènes paranoïdes, le pourcentage de D moyen est égal à 51,80 (écart-type= 16,23).

Les petites localisations ainsi que les rares localisations sont plus fréquemment données dans la schizophrénie puisque le pourcentage moyen des Dd est égal à 4,77 (écart-type= 6,99), le pourcentage de dbl moyen est égal à 2,12 (écart-type=3,76) et le Di à 0,85 (écart-type= 2,52) tandis que dans l'organisation paranoïaque, le Dd moyen est égal à 2,16

(écart-type= 3,20) et le pourcentage de dbI moyen est égal à 3,40 (écart-type= 5,11) et le Di égal à 0 chez ces organisations.

Le pourcentage moyen de A est nettement plus élevé dans la schizophrénie que dans la paranoïa, même si les tests statistiques nous indiqueront s'il y a une différence significative. La moyenne du A % dans la schizophrénie s'élève à 47,85 (écart-type= 22,40), tandis qu'elle est plus basse dans la paranoïa où elle égale 38,88 (écart-type= 16,56). Dans la schizophrénie paranoïde, le résultat est intermédiaire puisque la moyenne du A% égal à 36,23 (écart-type=16,19). Le ratio A/Ad est respecté dans l'échantillon global dans 67 % des cas (écart-type=0,47). L'échantillon de sujets d'organisation paranoïaque respectent en moyenne cette norme 4A pour 1Ad dans 60% (écart-type=0,5) des cas, tandis que dans la schizophrénie ce ratio est respecté dans 69% des cas (écart-type=0,47). Dans la schizophrénie paranoïde ce ratio est respecté dans 70% des cas (écart-type =0,47).

Le pourcentage moyen de H est égal à 20, 52 (écart-type= 12,48) et il est légèrement plus élevé dans la schizophrénie paranoïde où il atteint une moyenne de 22, 90 (écart-type= 14,31). Il est le plus faible dans la schizophrénie même s'il se situe quand même légèrement au-dessus de la norme puisqu'il est égal à 16,23 (écart-type= 14,38). Le ratio H/Hd est respecté dans l'échantillon global dans 43 % des cas (écart-type=0,50) tandis que dans le sous-groupe d'organisation paranoïaque il l'est dans 48% des cas (écart-type=0,51). Concernant la schizophrénie le respect de ce ratio chute au point d'être respecté dans seulement 27 % des cas (écart-type=0,45) et dans la paranoïa, le ratio n'est pas respecté pour 52 % des sujets (écart-type=0,51). Venant clairement mettre en évidence la chute de ce ratio dans la schizophrénie contrairement à la paranoïa.

Le nombre de banalités moyen est quasiment similaire dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de paranoïa où la moyenne est égale à 2,16 (écart-type= 1,43) et largement inférieure à la norme de la population générale, et dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde on obtient une moyenne de 2,27 banalités (écart-type = 1,53). Tandis que la moyenne est encore plus faible dans la schizophrénie puisqu'elle égale à 2 (écart-type= 1,10).

L'indicateur d'angoisse : le pourcentage de IA est plus élevé dans la schizophrénie paranoïde où il atteint tout de même les 20% (écart-type= 15,97) comparé à la paranoïa où il

est plus faible ; bien que tout de même au-dessus de la norme fixée à 12% maximum, puisqu'il atteint une moyenne de 15, 28 (10, 96). Dans la schizophrénie, cet indicateur est aussi plus élevé que la norme quoiqu'elle soit plus faible puisqu'à la hauteur de 14,62 (écart-type= 11,83).

Le F% est plus élevé dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de schizophrénie dont la moyenne du pourcentage est égale à 66,12 (écart-type= 17,56), il est logiquement légèrement plus faible dans la schizophrénie paranoïde où l'imaginaire est normalement plus riche (en lien avec le nombre de réponses) avec une moyenne relative à 65 (écart-type= 16,21). Le F+%, en revanche, est plus élevé dans la paranoïa, comme nous pouvions l'attendre avec une moyenne égale à 37,44 (écart-type= 13,29) tandis qu'elle descend à 30,62 (écart-type 13,47) dans la schizophrénie avec une moyenne intermédiaire concernant la schizophrénie paranoïde puisqu'elle est égale à 35, 63 (écart-type= 15,31). La moyenne globale est clairement inférieure à la moyenne recueillie par De Tychev et al. (2012) dans la population tout -venant comme nous l'avons mis en évidence dans les statistiques descriptives portant sur tout l'échantillon.

La moyenne des Choc K dans l'échantillon de sujets d'organisation paranoïaque est nettement plus faible car égale à 0,20 (écart-type=0,41) tandis que la moyenne de l'échantillon de sujets d'organisation schizophrénique est égale à 0,58 (écart-type= 0,5). À nouveau, l'échantillon de sujets d'organisation schizoparanoïde obtient un score intermédiaire avec une moyenne du pourcentage de Choc K égale à 0,47 (écart-type= 0,51).

Les banalités sont également plus élevées dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de paranoïa puisqu'ils obtiennent une moyenne de cet indicateur égale à 2,16 (écart-type=1,43) et que le nombre moyen de banalités obtenues dans l'échantillon d'organisation schizophrénique en revanche est égal à 2 (écart-type= 1,10). Seulement dans la schizophrénie paranoïde, le score est le plus élevé des trois sous-groupes de l'échantillon représentatif de la population psychiatrique, puisque la moyenne des banalités dans cette organisation est de 2,27 (écart-type= 1,53). Les moyennes sont très faibles dans les 3 sous-groupes et les écarts minimes probablement non significatifs mais nous les mettons aussi à l'épreuve des tests statistiques...

La moyenne des CRIT OBJ est plus élevée dans l'échantillon du sous-groupe paranoïa car égale à 1,36 (écart-type= 1,58) tandis que dans l'échantillon du sous-groupe d'organisation schizophrénique la moyenne est de 1,5 (écart-type= 1,99). En outre, comme indiqué précédemment (en méthodologie), nous attirons l'attention du lecteur concernant les indicateurs qualitatifs du psychogramme du fait que nous n'avons pas maîtrisé le nombre de réponses des sujets. Les sujets de l'échantillon paranoïaque donnent plus de réponses, nous le savons, que les sujets des deux autres sous-groupes et ce biais du nombre de réponses peut fausser les indicateurs qualitatifs jusqu'à un certain point mais nous considérons que les résultats statistiques très forts pourront être retenus, or cet indicateur CRIT OBJ semble être très fort entre les deux sous-groupes en comparant les moyennes. Les tests statistiques nous le révéleront par la significativité des différences entre les échantillons.

Les réponses YEUX et « perspective anale » sont les exemples concrets d'indicateurs très pertinents sur le plan clinique, car malgré le biais de nombre de réponses inhérent à notre recherche, ces indicateurs semblent éminemment plus élevés dans l'échantillon du sous-groupe paranoïa que dans l'échantillon du sous-groupe schizophrénique, avec une potentielle différence significative importante aux tests statistiques. La moyenne des réponses yeux dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de paranoïa est égale à 2,28 (écart-type= 2,49) tandis qu'elle est égale à 1,15 (écart-type= 1,99) dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de schizophrénie. À nouveau, les organisations schizo-paranoïdes obtiennent une moyenne égale à 0,60 (écart-type=0,89).

De la même manière que les réponses YEUX, les réponses PERSPECT ANALE, sont nettement plus élevées dans la paranoïa que dans la schizophrénie au test de Rorschach. Dans l'échantillon de sujets diagnostiqués de paranoïa, nous observons une moyenne égale à 1,64 (écart-type=1,38). Dans la schizophrénie cet indicateur chute à une moyenne de seulement 0,23 (écart-type=0,71) et dans l'organisation schizo-paranoïde le résultat, une fois de plus, se confirme intermédiaire, avec une moyenne de PERSPECT ANALE égale à 0,33 (écart-type= 0,55).

Les autres indicateurs tels que les CONTAM, les DEFECT, les DEVIT nous semblent éventuellement apparaître davantage dans la paranoïa que dans la schizophrénie mais avec des différences clairement plus légères pouvant indiquer des biais liés au nombre de réponses plus important dans l'échantillon. Au demeurant, les réponses CHOC K, REFUS et PERSEV sont

plus présentes dans les échantillons des organisations schizo-phréniques. Nous ne donnons pas les résultats détaillés pour rester bref et invitons le lecteur à observer les moyennes dans les tableaux (Tableau 10), les résultats des analyses statistiques nous permettront de conclure en fonction du sens des moyennes.

Enfin, nous terminons l'analyse des statistiques descriptives sur la question primordiale de la **représentation de soi**. Nous notons une grande différence de moyenne entre d'une part les deux échantillons de la schizophrénie paranoïde (n=30), de la schizophrénie (n=26) et d'autre part l'échantillon de sujets diagnostiqués paranoïa (n=25). En effet, le sous-groupe de sujets d'organisation paranoïaque obtient une moyenne globale du pourcentage de la représentation de soi entière unitaire égale à 27,4 % (écart-type=11,65 %), tandis que l'échantillon de schizophrénie paranoïde obtient une moyenne égale à 18,94 % (écart-type = 14,02 %) et le sous-groupe schizophrénie (dans lequel sont inclus des sujets de a-structures initiales et décompensées [n=9] dans la schizophrénie, *versus* [n=5] sujets a-structure décompensés dans la paranoïa et *versus* sujets décompensés [n=2] dans la schizophrénie-paranoïde), si bien que la moyenne s'en ressent certainement dans cet échantillon de sujets dits schizo-phrènes ; mais elle reste pourtant basse et égale à 18,94 % (écart-type=14,02 %). Nous allons soumettre ces résultats à la moyenne aux tests statistiques afin de compléter nos observations descriptives.

Statistiques appliquées et analyse des résultats

Nous avons tenté d'amener le plus de rigueur possible à l'analyse statistique, puisque la présente étude a le mérite de regrouper toutes les qualités pour appliquer à la fois des tests sur la variance pour comparer la population tout-venant et la population de l'échantillon psychiatrique psychotique ; des tests paramétriques (échantillons de petites tailles mais néanmoins acceptables [25-26-20] ; le respect de la loi normale [avant ou après modifications] concernant la distribution des variables testées) et des tests non-paramétriques, nous permettant ainsi de recouvrir un large spectre d'évaluation de l'outil.

6.1. t.test entre la population tout-venant et la population psychiatrique

La première étude est relative aux hypothèses H1 à H5, incluses (et tout leur panel d'hypothèses opérationnalisées), que nous testerons empiriquement grâce à leur opérationnalisation statistique entre la population tout-venant (n=310) et la population psychiatrique (n=81). Nous avons appliqué des tests de Student ou des tests de Welch en fonction de la distribution des échantillons afin de comparer les deux populations sur les écarts à la variance. Les résultats sont établis en termes d'indicateurs observés au test de Rorschach chez les sujets de l'échantillon clinique divisé en 3 sous-groupes (nous le rappelons : 25 protocoles de sujets diagnostiqués de paranoïa *versus* 26 protocoles de sujets diagnostiqués de schizophrénie *versus* 30 protocoles de sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde).

Nous appliquerons la correction de Bonferroni pour éviter les biais multi-tests entre les nombreuses variables (les indicateurs du psychogramme). Les variables dépendantes sont les indicateurs Rorschach et les variables indépendantes les doubles diagnostics : psychiatriques et projectivistes psychanalytiques, regroupés en un seul diagnostic. Nous repérons les effets des variables indépendantes sur les variables dépendantes et validerons l'hypothèse d'un effet ou rejetterons cette hypothèse en ce qui concerne la mise à l'épreuve aux tests non paramétriques ; puis aux ANOVA nous appliquerons des tests sur les moyennes avec deux solutions possibles à l'issue : soit HO venant signer une hypothèse de différence nulle entre les écarts à la moyenne, ou H1 mise en évidence d'une différence significative inter-groupes. Nous mettons à l'épreuve de l'Eta² les liens entre les variables, comme indiqué précédemment.

La correction de Bonferroni est la plus sévère de toutes les corrections multi-test. Les items supportant cette correction sont indiqués en rouge : il s'agit de prendre le seuil que nous considérons comme significatif, en l'occurrence $p < 0,05$, et de le diviser par le nombre de comparaisons que nous avons appliquées rapport à ce seuil. Par exemple si nous faisons 6 comparaisons la formule qui s'applique est la suivante : $0,05/6 = 0,00833...$ Pour que p. significatif il faut que les résultats de p. soient inférieurs à 0,008 dans cette étude. Cette correction est très sévère, elle est la plus sévère de toutes.

Notre système de codification est le suivant :

- une étoile : $p < 0,05$

- deux étoiles : $p < 0,01$

- deux étoiles rouge : le résultat supporte la correction de Bonferroni

<ul style="list-style-type: none">• Nombre de réponses
(Welch)
$t = 2.7137, df = 389, p\text{-value} = \mathbf{0.006949}^{**30}$
Le nombre de réponses permet de constater une différence hautement significative entre la population tout-venant et la population psychiatrique. La moyenne des sujets de l'échantillon d'organisation paranoïaque obtient un taux élevé de réponses moyennes, égal à 27,68 (écart-type=11,55), assez comparable à la population tout-venant chez qui le R moyen est légèrement supérieur et égal à 28,16 (écart-type=14,61). Tandis que le sous-groupe de sujets diagnostiqués de schizophrénie chronique (a-structures et hébéphrénies comprises) obtient un nombre de R moyen très faible et égal à 17,37 (écart-type=7,21) venant créer un écart entre les deux groupes significativement différents.
<ul style="list-style-type: none">• <u>G%</u>
(Welch Two Sample t-test)
$t = 0.26549, df = 126.66, p\text{-value} = 0.7911$
Le résultat obtenu n'est pas significatif, nous ne pouvons pas conclure à une différence entre les deux populations.
<ul style="list-style-type: none">• <u>D%</u>
$t = 3.7675, df = 109.86, p\text{-value} = \mathbf{0.000267}^{**}$
La différence entre les deux populations est significative concernant la répartition du D%. Comme nous l'avons constaté sur le plan descriptif, il est vrai que le D% est significativement plus faible chez la

³⁰ **Signifie que le test est significatif avec un risque d'erreur inférieur à 1%.

** Respecte les critères de la correction de Bonferroni.

*Signifie que le test est significatif à 5% de chance de se tromper.

<p>population psychiatrique que chez la population tout-venant. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle cette différence était relative à l'usage plus accentué des localisations plus rares telles que les découpes Dd, dbl et Di chez eux. Nous pouvons conclure à une différence significative avec un risque très faible d'erreur en endossant la correction de Bonferroni multi-testing.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dd%</u>
<p>t = -1.6393, df = 102.6, p-value = 0.1042</p> <p>La différence concernant l'usage du Dd% entre les différentes populations n'est pas significative, nous ne pouvons conclure.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Di%</u>
<p>t = -0.91635, df = 111.79, p-value = 0.3615</p> <p>La différence entre les différentes populations, psychiatrique et tout-venant, concernant le Di% n'est pas significative.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>F%</u>
<p>(Welch)</p>
<p>t = 1.1294, df = 135.66, p-value = 0.2607</p> <p>La différence n'est pas significative.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>F+%</u>
<p>(Welch)</p>
<p>t = -11.724, df = 105.13, p-value < 2.2e-16**</p> <p>La différence est hautement significative et supporte la correction de Bonferroni car très en dessous des cut-off score de référence 0,01 et 0,5. Nous pouvons conclure à une différence significative entre la population tout-venant et la population psychiatrique en ce qui concerne la qualité formelle du F%. La moyenne du pourcentage estimée dans la population psychiatrique est deux fois plus faible celle de la population tout-venant.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>A%</u>
<p>(Welch)</p>
<p>t = -2.2594, df = 106.15, p-value = 0.0259</p>

La différence n'est pas significative.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>H%</u>
(Welch)
t = 2.7269, df = 93.902, p-value = 0.007629**
<p>La différence entre la population tout-venant et la population psychiatrique est significativement différente selon le test sur les variances. Le pourcentage moyen de H est nettement plus élevé dans la population psychiatrique que dans la population tout-venant, comme nous l'avons mis en évidence dans un premier temps à travers les statistiques descriptives. Il semblerait que la population psychiatrique soit plus encline à perdre la distance par rapport au matériel et à utiliser la projection ; Cette observation tend à se confirmer à travers l'observation du ratio H/Hd respecté uniquement chez 38% de la population psychiatrique versus une majorité chez la population tout-venant. Nous l'avons évoqué en méthodologie, nous envisageons que les mécanismes de défense primaires soient mis en évidence par la prépondérance de contenus parcellaires projetés au test. Nous concluons à une différence significative entre la population psychiatrique et la population tout-venant en termes de H% moyen avec un résultat de p. supportant également la correction de Bonferroni.</p> <p>Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que l'échantillon du sous-groupe de sujets d'organisation paranoïaque a certainement fait augmenter le pourcentage moyen de cet indicateur, il n'en reste pas moins que les moyennes des autres organisations de la personnalité de l'échantillon ont aussi des moyennes élevées à cet indicateur comme nous l'avons indiqué dans les analyses descriptives.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>IA%</u>
(Welch)
t = 0.028238, df = 101.76, p-value = 0.977
<p>Malgré une nette élévation du IA% dans la population à l'observation des moyennes, nous ne constatons pas de différence significative de la population psychiatrique par rapport à la population tout-venant, le test n'indique aucune différence significative.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ban</u>
(Welch)
t = -14.591, df = 152.65, p-value < 2.2e-16**
<p>Nous pouvons conclure à une différence hautement significative entre la population tout-venant et la population psychiatrique concernant le nombre moyen de banalités donné au test de Rorschach. Cet indicateur, nous l'avons mis en évidence, indique selon Lerner (1988) et Schafer (1954) un recours au</p>

<p>refoulement. Ainsi, nous pourrions y revenir dans la discussion, mais il nous semble évident que la population psychiatrique ne dispose pas de capacités à mettre en œuvre ce mécanisme de défense protecteur du Moi. Cet indicateur est d'autant plus fiable qu'il respecte la correction multitest de Bonferroni.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de grandes kinesthésies
(Welch)
<p>t = -1.9326, df = 118.89, p-value = 0.05566 (tendance à la significativité)</p> <p>Nous pouvons noter une tendance à la significativité en ce qui concerne l'indicateur relatif au nombre de grandes kinesthésies dans la population tout-venant en comparaison à la population psychiatrique.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de petites kinesthésies
(Welch)
<p>t = -5.1121, df = 134.38, p-value = 1.073e-06**</p> <p>Nous pouvons conclure à une différence hautement significative entre la population psychiatrique et la population tout-venant en ce qui concerne le nombre de petites kinesthésies. Nous l'avons mis en évidence dans les analyses statistiques descriptives, la population psychiatrique donne moins de réponses kinesthésiques et notamment moins de petites kinesthésies que la population générale. Ces indicateurs sont en lien avec l'espace imaginaire et la capacité à fantasmer, support de la mentalisation. Nous y reviendrons en discussion.</p>

Tableau 11 Récapitulatif des indicateurs entre la population tout-venant et la population psychiatrique (psychotique dissociée)

Tableau 11

SIGNIFICATIF (risque d'erreur entre 1 et 5 %)	NON SIGNIFICATIF (risque d'erreur entre 1 et 5 %)
R**	
	G%

D%**	
	F%
F+%**	
	Di%
	Dd%
H%**	
IA%→	
Ban (refoulement)**	
Grandes kinesthésies→	
Petites Kinesthésies**	
Total= 6/12	Total : 4/12

Nous repérons 6 grands indicateurs du psychogramme qui ressortent, autrement dit 6 grands facteurs quantitatifs au test de Rorschach dans le repérage des troubles psychotiques comparativement aux sujets tout-venant et qui sont : le nombre de réponses moyen, le D% moyen, le F+ % moyen (pondéré par rapport au F% lui-même pondéré), le nombre moyen de banalités, le H% moyen et le nombre moyen de kinesthésies.

Ces indicateurs apparaissent comme étant les indicateurs les plus importants dans la distinction entre les deux populations et à savoir qu'ils ne souffrent en aucun cas du biais multi-test puisque nous les avons soumis à la correction la plus sévère, celle de Bonferroni.

Le H% ressort également significatif, il est vrai, en termes d'une augmentation assez surprenante. Le sous-groupe de sujets d'organisations paranoïaques fait augmenter ce résultat, comme nous l'avons observé dans les statistiques descriptives, néanmoins il reste plus élevé que la moyenne dans la population psychiatrique chez les autres sous-groupes aussi. Il nous semble utile de pointer que l'interprétation de cet indicateur ne saurait se résoudre à n'être

que quantitative. En effet, si de manière surprenante nos sous-groupes de sujets psychotiques donnent davantage de réponses humaines en moyenne que la population tout-venant, contrairement à cette dernière le ratio normatif de 2 H pour 1Hd n'est pas respecté chez une large majorité d'entre eux, ce qui traduit à la fois la difficulté de relations humaines et l'éclatement de leur représentation d'eux-mêmes.

Douze indicateurs sont comparés et plus de la moitié (60% des résultats sont $<0,05$ et 20% tendent vers la significativité = 80%) se différenciant statistiquement au niveau des distributions des échantillons. Ce qui nous semble œuvrer en faveur de la qualité du test de Rorschach pour discriminer les psychoses, nous y reviendrons en discussion.

6.2. Conclusion sur les résultats de l'étude comparative entre la population tout-venant et la population psychiatrique psychotique dissociée

Il nous semble qu'il faille retenir, en priorité, que les indicateurs F+%, Ban et kinesthésies sont des indicateurs primordiaux au test de Rorschach dans le diagnostic différentiel puisqu'ils se différencient de manière hautement significative chez une population psychotique dissociée par rapport à la population tout-venant. Le F+% indique la qualité des liens à la réalité et avec le nombre de banalités, il nous semble sous-tendre les dimensions psychologiques dynamiques les plus importantes dans la personnalité du sujet : son rapport à la réalité ainsi que ses capacités défensives (en termes de défenses primaires comme le déni, la projection ou secondarisées comme le refoulement se traduisant à travers les Ban au Rorschach). Si le sujet ne présente pas une capacité de liens à la réalité satisfaisante le F+% tend à chuter. Si le sujet ne parvient pas à recourir à la pensée collective à travers les banalités les plus fréquemment projetées au test de Rorschach, alors, cet indicateur est nécessairement effondré dans son protocole. Il ne fait aucun doute, au regard de la moyenne globale de l'échantillon ainsi que des résultats des t. test, que le nombre moyen de banalités est quasi systématiquement effondré dans les protocoles de sujets schizophrènes de l'échantillon de l'étude. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que comme dans toute règle il existe une exception et qu'il en va ainsi dans l'échantillon de cette recherche, c'est-à-dire que nous avons obtenu un seul protocole contenant un F+% à 100%, témoignant peut-être d'un

accrochage forcené à la réalité pour faire écran aux fantasmes. Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse en partie VII, interprétation et discussion.

Pour le nombre de réponses globales, le nombre de kinesthésies chute, et le biais multi-test n'écarte pas cette variable alors nous pouvons conclure à un nombre de réponses moyen moins important généralement dans la population psychotique dissociée comparativement à la population tout-venant.

Nous pensons que le recours diminué du D% moyen dans la population psychiatrique psychotique dissociée, qui rend compte de l'adaptation concrète, tient au fait, comme nous l'avons mis en évidence dès l'observation des statistiques descriptives, d'un recours augmenté aux localisations plus rares tels que les indicateurs dbl, mettant en évidence une sensibilité au blanc, à la carence. Pascal Roman (1996, 2004, 2017) indiquait déjà l'importance de cet indicateur dans ses travaux et son lien avec les catastrophes de la symbolisation repérées au test, comme chez les délinquants sexuels ou chez les enfants souffrant d'instabilité psychomotrice. Nous y reviendrons lors de la discussion sur l'impact de résonance que peut avoir ce résultat en termes de facteurs étiologiques plus globaux. Cet indicateur est important, il se mélange dans la composition des factures Rorschach aux Dd et aux Di concernant le repérage des localisations rares que nous avons mis en évidence entre les deux populations. Si à nouveau ces indicateurs ne sont pas significativement différents, nous notons une tendance à la significativité ainsi qu'un biais induit par leur polymorphisme et le fait de leur dépendance du D% qui, lui, s'avère significatif aux tests. Nous envisagerons en discussion un moyen de réfléchir à ce problème que posent les localisations rares pour en faire un indicateur plus sensible à l'avenir en termes différentiel.

Enfin, le recours nettement diminué aux banalités en règle générale chez la population psychotique dissociée vient traduire, selon nous, un échec du refoulement au test de Rorschach et vient traduire, bien-sûr, plus classiquement l'effondrement de leur adaptation conformiste. En outre, dans l'échantillon proposé de cette étude nous repérons un large déficit de ce côté (en comparaison à la population tout-venant [dont la moyenne se situe entre 5 et 7 Ban] par rapport aux psychoses [qui comptent une moyenne entre 1 et 3 ban]) où les mécanismes habituels sont plutôt remplacés par des mécanismes primaires tels que le déni et la projection. Or, même si nous ne pouvons comparer le nombre de réponses CHOC K, CONTAM, CRIT OBJ, PERSEV, REFUS, DEFECT, DEVIT et autres cotations quantifiées

dans cette étude par rapport à la population générale, nous repérons une augmentation de ces réponses qualitatives dans la population de l'échantillon psychiatrique, comme les moyennes remarquablement élevées en attestent. Nous allons désormais comparer ces indicateurs au sein des trois sous-groupes de l'échantillon global afin de considérer si oui ou non en dehors de leur fréquence d'apparition certainement plus élevée (même si nous ne pouvons le prouver statistiquement pour l'instant, tout projectiviste en conviendra certainement) que celle constatée dans la population générale, ces indicateurs permettent un différentiel entre les organisations psychotiques dissociées entre elles.

6.3. Introduction aux résultats statistiques

Tableau 12 de synthèse des indicateurs significatifs sur les deux tests (non-paramétrique et ANOVA)

Tableau 12 : matrice résumée des résultats significatifs de l'action des variables indépendantes [VI= Diagnostics] sur les VD [indicateurs Rorschach]

NB : NA signifie que nous n'avons pas pu appliquer le test pour des raisons métriques

<u>Indicateurs</u>	<u>ANOVA</u>			<u>Tests non-paramétrique</u>		
*Valeur de p. significative	<u>Organisations paranoïaques versus schizophréniques</u>	<u>Organisations paranoïaques versus schizoparanoïdes</u>	<u>Organisations schizoparanoïdes versus schizophréniques</u>	<u>Organisations paranoïaques versus schizophréniques</u>	<u>Organisations paranoïaques versus schizoparanoïdes</u>	<u>Organisations schizoparanoïdes versus schizophréniques</u>
R	<0,05*	X	<0,05*	<0,05	X	<0,05*
dbl%	X	X	X	X	<0,05	X
Di%	X	<0,05*	X	<0,10	<0,05*	X
Dd%	<0,05*	<0,05*	X	X	X	X
A%	X	X	<0,05*	X	X	<0,10
F%	<0,05*	<0,05*	X	<0,1	<0,05*	X
YEUX	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	<0,1
PERSPECT ANALE	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	X
CHOC K	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	X
PERSEV	X	X	<0,05*	X	X	<0,05*
REFUS	<0,05*	X	X	<0,05*	X	X
ANAT	<0,05*	X	X	<0,05*	X	X

DEFECT	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	X
DEVIT	X	X	X	X	<0,05*	X
CONTAM	<0,05*	X	X	<0,05*	X	X
Représentation de soi	NA	NA	NA	<0,05*	<0,05*	X
Total K	NA	NA	NA	<0,05*	<0,05*	X

Comme nous pouvons le constater en observant les résultats de ce tableau synthétique, les indicateurs les plus discriminants entre les trois sous-groupes, car venant distinguer schizophrénie et paranoïa mais aussi paranoïa et schizophrénie paranoïde témoignant ainsi d'une forte sensibilité, sont :

- Nombre de R moyen
- F%
- YEUX
- PERSPECT ANALE
- CHOC K
- Le pourcentage de représentation de soi entier unitaire (malgré le fait que sa distribution ne respecte pas une loi normale, raison pour laquelle nous n'avons pas pu appliquer les ANOVA)
- Le nombre total de kinesthésies (malgré la non-application de la confirmation des ANOVA)

Les indicateurs DEFECT, ANAT, CONTAM, PERSEV, REFUS, sont également sensibles pour distinguer au moins l'un des sous-groupes mettant également en évidence une sensibilité de ces indicateurs, dont le sens de certains pourra surprendre le lecteur (exemple les CONTAM sont plus nombreuses dans la paranoïa) ; même si, en règle générale, elles respectent le sens que nous lui avons imputé dans les hypothèses théoriques et opérationnelles comme nous le verrons en partie VI. Nous développerons une réflexion plus globale en conclusion partie VIII, dans le sens d'une boucle rétroactive sur les hypothèses théoriques proposées afin de les valider ou de les infirmer et de comprendre le sens de ces résultats dans un contexte théorique psychanalytique structuraliste.

Mais tout d'abord, nous proposons une lecture minutieuse et détaillée des résultats aux tests appliqués en s'autorisant les prémisses d'analyses des résultats afin de les discuter en partie IV.

6.4. Analyse des résultats aux tests non-paramétriques (WILCOXON) entre les trois sous-groupes de l'échantillon

Tableau 13 : Tableau récapitulatif des résultats aux tests non-paramétriques entre les trois sous-groupes

Test de Wilcoxon ³¹	Sujets paranoïaques (n=25) versus schizophrènes simples (n= 26)	Sujets paranoïaques (n =25) versus sujets schizophrènes paranoïdes (n=30)	Sujets schizophrènes simples (n=26) versus sujets schizophrènes paranoïdes (n=30)
R	W = 146, p-value = 0.0007528**	W = 275.5, p-value = 0.0939	W = 531.5, p-value = 0.02028*
T	W = 147, p-value = 0.002404**	W = 204.5, p-value = 0.0179*	W = 435.5, p-value = 0.3282
dbl%	W = 266.5, p-value = 0.2075	W = 258, p-value = 0.01409*	W = 345, p-value = 0.2918
Di%	W = 362.5, p-value = 0.08733->	W = 462.5, p-value = 0.0111**	W = 434, p-value = 0.2844
A%	W = 371.5, p-value = 0.3858	W = 303.5, p-value = 0.2298	W = 276.5, p-value = 0.06327-> tendance à la significativité
F%	W = 423.5, p-value = 0.06466-> tendance à la significativité	W = 501, p-value = 0.03376*	W = 385, p-value = 0.941
YEUX	W = 165.5, p-value = 0.001553**	W = 189, p-value = 0.0009399**	W = 402, p-value = 0.8265

³¹ ** Signifie que le test est significatif avec un risque d'erreur inférieur à 1%

** Respecte la correction de Bonferroni

*Signifie que le test est significatif à 5% de chance de se tromper

Perspect anale	W = 104.5, p-value = 4.933e-06**	W = 141.5, p-value = 2.301e-05**	W = 454, p-value = 0.1444
Contam	W = 221, p-value = 0.03417*	W = 308, p-value = 0.2292	W = 438, p-value = 0.3798
Choc K	W = 447.5, p-value = 0.006571**	W = 475, p-value = 0.04118*	W = 347, p-value = 0.4199
Persev	W = 378, p-value = 0.1525	W = 355, p-value = 0.5081	W = 308, p-value = 0.03599*
Refus	W = 422, p-value = 0.01429**	W = 430, p-value = 0.1521	W = 322.5, p-value = 0.174
Anat	W = 222, p-value = 0.04161*	W = 319.5, p-value = 0.333	W = 477.5, p-value = 0.1279
Devit	W = 315, p-value = 0.8475	W = 270, p-value = 0.04415*	W = 287, p-value = 0.05398
Defect	W = 224.5, p-value = 0.04439*	W = 208, p-value = 0.001967**	W = 316, p-value = 0.1595
Nombre de grandes kinesthésies	W = 97.5, p-value = 5.992e-06**	W = 330, p-value = 0.443	W = 564.5, p-value = 0.001652**
Nombre de petites kinesthésies	W = 143, p-value = 0.0004951**	W = 211, p-value = 0.004985**	W = 432, p-value = 0.478
Nombre de kinesthésies totales	W = 85.5, p-value = 5.088e-06**	W = 208, p-value = 0.004598**	W = 494.5, p-value = 0.07971->
La représentation de soi	W = 450.5, p-value = 0.0184*	W = 550.5, p-value = 0.003079**	W = 379.5, p-value = 0.8695->

Comme le tableau récapitulatif l'indique, les variables pour lesquelles p. se révèle significatif et comme pouvant supporter la correction de Bonferroni sont nombreuses et majoritaires, nous permettant ainsi d'écarter les biais multi-test.

Dans la comparaison entre le sous-groupe constitué de sujets d'organisation paranoïaque et le sous-groupe constitué de sujets schizophrènes nous mettons en évidence la significativité des indicateurs suivants :

- Le nombre moyen de réponses : R ;
- Le temps total moyen : T ;
- Les Di% moyen sont indiqués comme une tendance avec une prépondérance de ce type de localisation dans l'échantillon de sujets ($m=2,12\%$; $\text{écart-type}=3,76$) versus 0 dans la paranoïa ;
- Le F% moyen est également indiqué comme une tendance (indicateur qui corrobore avec les kinesthésies) et il est le plus élevé dans les organisations schizophréniques ;
- Les réponses YEUX et PERSPECT. ANALE donné beaucoup plus fréquemment dans la paranoïa sont les plus significatives et nous mettrons la force du lien à l'épreuve de l'Eta² ;
- La représentation de soi en termes de pourcentage de représentation de soi entière unitaire ;
- Les réponses DEFECT, CRIT OBJ, ANAT, davantage données dans la paranoïa ;
- Le nombre moyen de kinesthésies plus élevé dans la paranoïa également ;
- Les réponses REFUS davantage données dans la schizophrénie ;
- Les réponses CHOC K davantage données dans la schizophrénie.

Les résultats qui ressortent pour la comparaison entre la schizophrénie paranoïde et la paranoïa, bien qu'ils rejoignent ceux distinguant schizophrénie et paranoïa (DEFECT, YEUX, CHOC K, nombre moyen de R, de kinesthésies ainsi que la représentation de soi), nous permettent de mettre en évidence quelques spécificités entre ces deux sous-groupes, qui sont le dbI% ainsi que le nombre moyen de DEVIT, avec une augmentation significative de ces indicateurs dans la paranoïa selon les résultats significatifs.

Nous ne relevons pas d'autres indicateurs permettant de distinguer les deux sous-groupes d'organisation schizophrénique entre eux (schizophrénie *versus* schizophrénie paranoïde) en dehors du nombre moyen de réponses, du nombre de réponses PERSEV, plus nombreuses dans la schizophrénie pure, ce qui témoignerait d'un déni de la réalité plus marqué ainsi que la chute des indicateurs kinesthésiques. Il faut remarquer une tendance à la différence significative également concernant les A% avec une moyenne augmentée dans la schizophrénie à interpréter peut-être également comme une tentative plus marquée de recours à la pensée collective pour faire écran aux fantasmes.

Nous allons remettre en question ces résultats à partir de l'application de tests paramétriques lorsque les règles statistiques nous permettront de réunir les conditions pour le tenter.

6.5. Tests ANOVA entre les trois sous-groupes de l'échantillon

Tableau 14 Récapitulatif des tests paramétriques et intensité des liens (Eta²)

Indicateurs significatifs Eta2 d'intensité du lien (ss. effect/ss.total)	Sujets schizophrènes <i>versus</i> sujets paranoïaques	Sujets schizophrènes paranoïdes <i>versus</i> sujets paranoïaques	Sujets schizophrènes <i>versus</i> sujets schizophrènes paranoïdes
R	(F= 14,55) <0,05 n êta carré =0,23*	X	(F=4,99) <0,05 n êta carré=0,086)
F%	(F=4,41) <0,05 n êta carré= 0,08	(F=5) <0,05 n êta carré=0,086	X
Di%	X	(F=5,85) <0,05 n êta carré= 0,1*	X
Dd%	(F=4,65) <0,05 n êta carré= 0,08	(F=4,64) <0,05 n êta carré=0,08	X
A%	X	X	(F=5,02) <0,05 n êta carré= 0,09
Perspective anale	(F=21,25) <0,05 n êta carré=0,3*	(F=22,67) <0,05 n êta carré= 0,3*	X
Yeux	(F=9,13) <0,05 n êta carré=0,16*	(F= 11,84) <0,05 n êta carré= 0,18*	X
Contam	(F= 4,53) <0,05 n êta carré= 0,08	X	X
Choc K	(F= 8,58) <0,05 n êta carré=0,02	(F= 11,84293) <0,05 n êta carré=0,08	X
Defect	(F=4,69) <0,05 n êta carré=0,09	(F=8,9) <0,05 n êta carré= 0,14*	X
Refus	(F=4,39) <0,05	X	X

	n êta carré= 0,08		
Anat	(F= 5,03)<0,05 n êta carré= 0,0001	X	X
Persev	X	X	(F= 5,02) <0,05 n êta carré=0,09

Les résultats affichés dans le tableau ci-dessus viennent confirmer nos observations précédentes dans l'ensemble des résultats. L'indicateur A% est validé entre l'échantillon de sujets d'organisation schizophrénique par les tests paramétriques contrairement aux tests non-paramétriques qui affichaient seulement une tendance. Quelques tendances légèrement en dessous dans les tests paramétriques plus sévères se révèlent significatives en appliquant préférentiellement les ANOVA, comme résumé dans le tableau introductif : Tableau 12 : matrice résumée des résultats significatifs de l'action des variables indépendantes [VI= Diagnostics] sur les VD [indicateurs Rorschach].

Les Eta2 nous indiquent un lien fort entre la variable PERSPECTIVE AN et les variables indépendantes (Eta2= 0,3), autrement dit les diagnostics (notamment paranoïaque), mais aussi entre la variable YEUX et les variables indépendantes. Un lien fort est également établi entre la variable indépendante paranoïa *versus* schizophrénie à travers la variable dépendante R (nombre moyen de réponses). Nous l'avons mis en évidence, les protocoles des sujets paranoïaques sont beaucoup plus riches, tant en termes d'indicateurs qualitatifs (ANAT, CONTAM, DEFECT, CRIT OBJ) qu'en termes de temps de réponses et de nombre moyen de réponses ; à la condition de créer un lien suffisamment solide avec le sujet pour qu'il accepte de se projeter dans le test ... Ce qui n'est pas chose évidente dans cette problématique psychopathologique... Nous allons tenter d'analyser plus finement ces résultats dans la partie VII Interprétation et discussion.

7. Partie VII : Interprétation et discussion

Il nous semble important de retenir deux données essentielles à l'issue de l'analyse de ces résultats quantitatifs mais d'abord, nous souhaiterions attirer l'attention du lecteur sur l'importance à donner à la théorie qui sous-tend les résultats statistiques obtenus. La logique

et la cohérence des résultats nous permettent de venir valider les approches qualitatives menées jusque-là dans le domaine psychopathologique projectiviste.

Il apparaît premièrement que les indicateurs du psychogramme connus principalement et classiquement (Rausch, 1971, 1990) pour évaluer la qualité des liens à la réalité (F+ %) ainsi que la capacité d'adaptation sociale (Ban) sont effondrés dans l'échantillon clinique comparativement à l'échantillon représentatif de la population tout-venant (De Tychev et al., 2012). Le nombre de réponses et le nombre de kinesthésies, en lien avec l'espace imaginaire sont également des données à retenir ; même si dans l'échantillon des sujets d'organisation paranoïaque la moyenne correspond à celle de la population tout-venant.

Dans une perspective psychodynamique projectiviste américaine (Schafer, 1954) le F+ % et le F % viennent préciser la qualité de la force du Moi. Schafer (1954) a mis en lumière que lorsque ces deux indicateurs sont touchés, ils viennent signer une défaillance de la fonction régulatrice du Moi. En outre, si la distribution du F % chez la population clinique ne varie pas significativement de la population tout-venant (bien qu'elle soit légèrement plus élevée, ce qui suggère une tentative plus marquée d'accrochage à la réalité [Chabert 1983]), l'un de ces deux indicateurs, le F+ %, est significativement beaucoup plus bas dans la première distribution. Schafer (1954) nous enseigne que si l'un de ces deux indicateurs est très bas - comme c'est le cas présentement concernant le F+ % totalement effondré chez la population psychotique dissociée - la régulation du Moi est défaillante. L'analyse que Schafer (1954) nous permet de mener sur la régulation du Moi rejoint possiblement la question de la représentation de soi (le pourcentage de représentation de soi entière unitaire, nouvel indicateur). De plus, les résultats très faibles obtenus chez la population psychiatrique psychotique dissociée nous permettent de conclure à des assises narcissiques fragiles et à un Moi qui n'opère pas correctement sa fonction régulatrice entre cette instance propre, la réalité et les autres instances. Les normes de cet indicateur restent à établir chez la population tout-venant afin de la comparer aux résultats obtenus chez la population psychiatrique psychotique dissociée issus de cette recherche.

7.1. Les liens à la réalité

Le F+ % est effondré et statistiquement différent entre ces deux distributions, venant valider la fiabilité de cet indicateur dans sa capacité à évaluer la qualité des liens à la réalité.

Or, nous attirons l'attention du lecteur sur le cas unique [F+ % = 10 0%] que nous interprétons également comme une faillite de la qualité des liens à la réalité et la présente étude sous-tend le fait qu'il peut se présenter à raison d'1 chance sur 81 sujets. Ainsi, tout score de F+% très élevé (>90-95%) doit attirer l'attention du clinicien projectiviste, à notre sens. Dans le contexte de la schizophrénie, ce recours à la réalité peut venir signer une totale abrasion psychique et un recours à ce que David-Camps (2015) nomme les « postiches représentationnels » et que de Tychey, plus explicitement, analyse comme un recours à la réalité comme écran contre l'angoisse de morcellement. Ces caractéristiques saillantes au Rorschach tendent à mener vers un pronostic plus défavorable que les sujets dont le psychisme est encore « en vie » et peut recourir à l'imaginaire, même si ce dernier prend le pas sur la réalité. C'est le cas de la plupart des sujets de notre échantillon, notamment des sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde (n=30) et des sujets paranoïaques les plus décompensés.

7.2. La capacité au refoulement et l'adaptation sociale

La chute du F+ % est associée à l'effondrement de l'indicateur des réponses banalités (cotées BAN) qui vient traditionnellement signer la capacité d'adaptation sociale du sujet. Dans le modèle que nous proposons, en référence à Schafer (1954), les banalités retenues dans la population générale parce-que données par une personne sur trois (pl. I ; pl. III ; pl. V ; pl. VIII ; pl. X [les crabes]) viennent signer la présence du **refoulement**. En effet, pour cet auteur, le refoulement est nécessairement présent et opérant (quand la banalité n'est pas dégradée) lorsque le sujet donne une réponse conventionnelle produite par un grand nombre de personnes, car dans ce cas de figure l'individu ne laisse absolument rien paraître de son monde interne. Il nous semble que ce marqueur du refoulement dans la conceptualisation psychanalytique rorschachienne américaine vient non pas s'opposer mais compléter celui très différent élaboré par Chabert (1983) au sein de l'Ecole de Paris à partir de la clinique de l'hystérie ; qui met l'accent sur l'excitation sensorielle, la dramatisation et la mise en avant des affects pour empêcher l'émergence et refouler les représentations coupables. Comme nous l'avons mis en évidence dans la revue de la littérature consacrée en partie aux travaux de Freud (par exemple à travers le texte *Névroses, psychoses et perversion*), il s'agit d'un processus défensif et secondarisé mis en place par le Moi, permettant ainsi par conséquence ce que l'on nomme l'adaptation sociale du sujet (mais ce n'est pas systématique selon nous).

Si cette recherche met en évidence l'importance du scoring et de l'évaluation des banalités au test de Rorschach, elle apporte également les preuves empiriques d'un mécanisme secondarisé effectif chez la population générale mais peu opérant, voire quasi inexistant dans les psychoses dissociées : le refoulement. Ainsi, à travers le test de Rorschach, nous pensons amener les preuves empiriques et matérielles d'un psychisme dynamique animé par des forces défensives archaïques primaires (déli et projection) telles que celles repérées chez les sujets de l'échantillon de la population psychiatrique ; ou secondarisées (refoulement et contre-investissement) comme repéré par De Tychev et al. en 2012 chez la population tout-venant.

La succession est un indicateur qui nous semble intéressant dans le diagnostic des psychoses dissociées puisque la moyenne nous apparaît très faible dans l'échantillon clinique, mais nous n'avons pas les moyens de le comparer à la population tout-venant et cela reste donc hypothétique. Le G+% souvent associé à cet indicateur n'est en revanche pas suffisamment sensible pour discriminer les deux populations. Ces indicateurs renvoient traditionnellement à la capacité d'ancrage de l'image du corps, de ce que Racamier (1992) nommait la « pâte corporelle », ou autrement dit la capacité à s'incarner dans l'image du corps propre relative au stade du miroir (Rank, 1907 ; Lacan, 1956). Dans la proposition que nous faisons, suite aux résultats obtenus, la succession est un indicateur qui devrait pouvoir se lire en association avec le F+% et que nous proposerions de travailler préférentiellement avec le nouvel indicateur (pourcentage de représentation de soi) ainsi qu'avec le G+% même si non significatif sur le plan statistique dans cette étude qui, nous le rappelons, compare la population tout-venant et une tranche de la population psychiatrique (psychotique dissociée). Le pourcentage de représentation de soi entière unitaire est l'indicateur que nous avons mis au point et validé sur lequel nous reviendrons en dernier lieu, puisqu'il est l'une des originalités de cette recherche.

7.3. La qualité de l'espace imaginaire et du niveau de symbolique

Si nous ne disposons pas d'éléments de comparaison pour mesurer les différences entre les deux populations en ce qui concerne les chocs kinesthésiques, en revanche, nous disposons grâce à cette étude des comparaisons entre le nombre moyen de kinesthésies chez les deux populations. Il ressort, en l'occurrence, une nette diminution des réponses faisant

appel au recours à l'imaginaire chez la population psychiatrique psychotique dissociée. Ainsi, nous pouvons conclure à la diminution de la capacité de recours à l'imaginaire chez les sujets diagnostiqués de psychose dissociée, même si nous souhaitons modérer la portée de ce constat théorico-clinique en indiquant que dans la paranoïa cette problématique est moins marquée et en pointant que la chimiothérapie à la base le plus souvent de neuroleptiques lourds est efficace pour abraser le fonctionnement imaginaire du schizophrène en même temps qu'il court-circuite leur principal symptôme, le délire ; mais qu'elle se révèle beaucoup moins efficace pour les sujets dissociés situés davantage du côté du pôle paranoïaque.

Le nombre moyen de R, significativement statistiquement plus faible dans la population psychiatrique que dans la population générale, vient asseoir empiriquement les résultats à propos des kinesthésies et concernant la question de l'abrasement de l'espace imaginaire. En effet, il s'agit des deux indicateurs les plus importants pour le mesurer. Nous souhaitons par là prévenir le lecteur sur le fait que ce risque d'abrasement peut être lié aux effets des traitements neuroleptiques et antipsychotiques.

Selon les travaux de De Tychey et al. (2000), l'espace imaginaire est le socle de la symbolisation. Or, nous souhaiterions ouvrir comme perspective de recherche la possibilité de venir comparer les capacités de symbolisation de ces différentes populations et sous-populations au test de Rorschach. Nous y reviendrons en conclusion.

7.4. Synthèse de l'interprétation des résultats concernant la comparaison statistique des indicateurs entre la population psychiatrique et la population tout-venant

À travers l'effondrement du $F^{+0\%}$, nous repérons nettement l'affaiblissement des liens à la réalité dans les structures psychotiques de l'échantillon clinique comparativement aux résultats obtenus chez la population générale. Cet indicateur nous semble mettre en évidence par rebond, puisque sous-jacente à nos hypothèses, la théorie freudienne (formalisée par Bergeret [1974]) de la sexualité, dans le sens où l'instance dominante dans ces fonctionnements est le centre des pulsions, le Ça. Les autres instances semblent trop fragiles dans leur développement pour parvenir à organiser le psychisme des sujets psychotiques dissociés (psychiatisés) et ainsi entretenir une bonne capacité des liens à la réalité.

Au regard de la qualité des résultats obtenus sous-couvert de notre modèle théorique structuraliste psychanalytique, le test de Rorschach nous semble être un très bon outil pour mettre en évidence la dynamique psychique psychotique pour laquelle l'instance dominante ainsi que les processus sollicités, primaires archaïques (par l'échec du refoulement dans les structures psychotiques), n'est pas efficiente. Comparativement, chez les sujets a-structurels états-limites, l'Idéal du Moi se repèrerait facilement au test (notamment à travers ce que Claude De Tychev nommait durant ses enseignements « *le couple infernal valorisation/dévalorisation* ») ; ou la domination d'un Surmoi dans les névroses à travers l'effet opérant du refoulement dans ces structures par le biais d'un nombre moyen de banalités respectables et fidèle à une norme établie (entre 5 et 7). En outre, chez la population que nous avons étudiée, la prépondérance du Ça et du principe de plaisir sur (le principe de) la réalité s'observe non seulement à travers la chute du F+% mais également à travers le nombre élevé de réponses anatomiques, sexuelles, dévitalisées, où la couleur et l'abstraction peuvent prendre totalement le pas sur la forme (où s'associer à la couleur – FC-) ainsi qu'à travers le déni massif de la relation appréhendé par le projectiviste à travers le nombre important de chocs kinesthésiques (coté CHOC K) qui renvoient pour Chabert (1983) au déni de la relation. Ces indicateurs qualitatifs homogènes, car venant marquer la fragilité des assises narcissiques de par leur valeur morbide, se distinguent des indicateurs que l'on a pu repérer précédemment dans les protocoles de facture névrotiques (De Tychev, 2012 ; Chabert, 1987) mais ne sont néanmoins pas comparables actuellement aux normes chez la population tout-venant et restent à mettre en évidence d'un point de vue empirique.

Les chocs kinesthésiques nous semblent d'ores et déjà être une donnée primordiale à prendre en compte dans l'évaluation des psychoses dissociées car venant traduire comme les réponses cotées PERSEV (Persévération) un recours au déni, processus archaïque primaire. Ce mécanisme est associé à la projection dans la théorie freudienne (Freud, 1911 ; De Tychev, 2012b) et se repère aussi dans les cotations évaluant les critiques envers l'objet (au sens analytique du terme) en surnombre chez la population paranoïaque dans cette recherche, ce qui nous paraît logique. Azoulay (1990), dans un article en clinique projective dans lequel elle comparait deux sous-groupes d'adolescents pré-psychotiques, mettait déjà en lumière l'enjeu qui est celui du psychothérapeute prenant en charge des sujets schizophrènes chroniques : venir réenclencher les mécanismes primaires à des fins de - ce que nous sommes tentée de nommer de - *réanimations psychiques*. La vie psychique de ces sujets se trouve,

d'après ce que nous avons constaté chez les patients hospitalisés au long cours, les plus chroniques de l'échantillon, totalement figés dans un abrasement proche de l'extinction totale, du néant et de la néantisation, mettant en lumière une dynamique de déliaison sous-jacente.

Enfin, le nouvel indicateur, élaboré sur la base des nombreux travaux de Nina Rausch & al. (1984) et de De Tychev (2014), nous permettent de mettre en évidence un effondrement de la capacité à se fantasmer puis à se projeter en une représentation de soi entière unitaire. Nous encourageons des recherches futures sur une autre population, limite ou de structure névrotique, afin de valider entièrement cette grille fine puisqu'elle permet de distinguer les organisations psychotiques entre elles (nous y revenons dans l'interprétation des résultats de l'étude de comparaison statistique entre les différents sous-groupes entre eux dans la partie suivante).

7.5. Interprétation et analyse des résultats entre les trois sous-groupes de l'échantillon psychiatrique

Nous le rappelons, nous avons scindé l'échantillon relatif à la population tout-venant en trois sous-groupes, sur la base d'un diagnostic bifocal entre l'expertise psychiatrique médicale et le diagnostic issu de l'analyse et de l'interprétation projectiviste (menée en double aveugle) psychanalytique structuraliste.

Les trois sous-groupes sont constitués de 25 sujets d'organisation paranoïaque, de 26 sujets d'organisation schizophrénique et 30 sujets d'organisation schizo-paranoïde. Toutes trois issues de la lignée des structures psychotiques dissociées. Notre objectif princeps, dans cette seconde étude quantitative, étant de permettre la mise au point empirique d'indicateurs issus principalement de l'Ecole Paris au test de Rorschach entre ces trois organisations de la personnalité structurale psychotique. Le second visait la mise en évidence d'indicateurs permettant de venir appuyer la distinction de la paranoïa d'avec le spectre schizophrénique (organisations schizophréniques et schizoparanoïdes), dans une perspective à plus long terme de venir ré-asseoir la validité de cette entité nosographique dans la sphère scientifique.

Les indicateurs qui apparaissent statistiquement les plus révélateurs d'un sous-bassement paranoïaque au test de Rorschach sont ceux que nous avons communiqués au

Congrès International Rorschach³² sur un échantillon plus restreint (seulement 15 sujets d'organisation paranoïaque versus 25 dans la présente étude). Dans le souci de comparer une analyse clinique qualitative fine à ces résultats de données quantitatives, nous présenterons tout de suite après la présente analyse les derniers résultats de l'étude quantitative : trois cas cliniques de psychoses dissociées contrastés.

L'indicateur le plus pertinent sur le plan théorico-clinique est la PERSPECT ANALE. Elle apparaît à une fréquence énormément plus élevée dans la population d'organisation paranoïaque que dans la population d'organisation schizophrénique ($W = 104.5$; $p < 4.933e-06^{**}$). La validation de cet indicateur vient compléter l'étude clinique que nous avons publiée dans la revue l'Evolution Psychiatrique sur la fixation anale dans la paranoïa (Levy, Prudent, Evrard, Clesse, De Tychey, 2017) avec des référents historiques de la psychiatrie allemande classique tels que Stärk (1935), mais également en correspondance avec les travaux de Bergeret (1974) où cet auteur reprend les travaux d'Abraham. Schafer (1954) fut le premier projectiviste à mettre en évidence la pertinence de cet indicateur qui viendrait selon l'optique freudienne signer une fixation anale dans la paranoïa au test de Rorschach. Schafer (1953, 1954) l'interprétait comme le signe d'un refoulement de tendances homosexuelles ajouté à d'autres contenus telle que l'inversion fréquente des identifications humaines sexuées au test (par exemple une femme qui fantasme et projette des hommes majoritairement et *vice-versa*). Puis, Bergeret (1974), comme nous l'avons souligné (Levy, Prudent, Evrard, Clesse, Decker, De Tychey, 2017), dans d'autres articles tel que celui de 2002 insiste sur la distinction entre l'homoérotisme et l'homosexualité oedipienne, qui sont très différentes. Nous l'avons illustré lors de la revue de la littérature inaugurale de ce travail (partie II).

La référence aux yeux (YEUX), bien qu'elle soit également présente chez les sujets d'organisation schizoparanoïde reste clairement statistiquement significativement fortement plus élevée dans la paranoïa ($W = 165.5$, $p\text{-value} = 0.001553^{**}$). Nous l'avons signalé, nous ne sous-estimons pas le risque de biais produits par le nombre de réponses supérieur chez les

³² Le 17 juillet 2017 à l'université Pierre et Marie Cury dans un symposium présidé par Claude De Tychey et au sein duquel Kleiger, Husain, Azoulay & Louët ont pu présenter leurs propres recherches et nous permettre de dialoguer entre les différents courants d'interprétation du test. À l'issue de cette collaboration, nous avons soumis un article à une revue anglo-saxonne sur le cas de Peter (voir en annexes).

sujets d'organisation paranoïaque. Néanmoins, nous invitons à lire les protocoles des sujets de cet échantillon en annexes afin de constater la prépondérance évidente des projections de la méfiance et de la malveillance bien plus souvent présentes dans ces organisations que dans les organisations dites schizophréniques. Louët et Azoulay (2016) l'ont rappelé sur la base commune de nombreux auteurs parmi lesquels Racamier (1992) dont nous avons également soumis les textes à notre questionnement dans le cadre de notre pratique clinique des psychoses qui dure depuis cinq années. Ce qui apparaît en effet, c'est la question d'une menace circonscrite, sous-jacente à tout contexte renvoyant aux figures parentales (il semble évident que la planche IV ou que la planche IX aient sur ce plan une potentialité excitatrice particulière).

Les projections des yeux dans les protocoles des sujets d'organisation paranoïaque de l'échantillon tendent à clairement désigner un persécuteur. Azoulay (2007) faisait remarquer les kp (visages humains chargés de mouvement) comme des indicateurs pertinents et cette étude tend également à le démontrer empiriquement dans le sens où les regards « de mauvais augure » (protocole de Peter en annexes) et autres formes de projection de la malveillance sont prépondérants dans ces protocoles en ce qui concerne les petites kinesthésies ($W = 143$, $p\text{-value} = 0.0004951^{**}$).

Dans les protocoles de sujets d'organisation paranoïde, les réponses yeux s'inscrivent souvent dans une forme de chaos général que l'on pourrait qualifier d'enchaînement discursif métonymique, sans que la capacité à construire une fantasmatisation, narration de la ressource paranoïde, permette l'élaboration de certaines problématiques liées à la théorie de la sexualité freudienne (1905, 1915) et à l'élaboration de pulsion, *a-minima*. Sans comparaison aucune avec les travaux qui ont pu être démontrés en clinique projective de la névrose (Rodrigues, 2017).

Ainsi, les réponses YEUX et PERSPECT ANAL., empruntées à Schafer (1954), sont selon nous les indicateurs à privilégier en termes de diagnostic différentiel clinique projectif de la paranoïa. À ces deux indicateurs primordiaux, devraient s'ajouter deux autres indicateurs : le choc kinesthésique ($W = 447.5$, $p\text{-value} = 0.006571^{**}$) et le nombre moyen de kinesthésies totales ($W = 85.5$, $p\text{-value} = 5.088e-06^{**}$) en lien avec la capacité à fantasmer, à recourir à l'imaginaire impliquant une liaison finalement entre les rejetons du Ça et permettant l'émergence de processus primaires, facteur de pronostic favorable. D'autre part,

dans les organisations paranoïaques, les sujets les plus adaptés d'un point de vue social et du point de vue de leur qualité de vie font davantage recours à des mécanismes, non pas secondarisés, mais plus évolués que le déni de la réalité et les projection délirantes, qui sont l'emprise perverse archaïque à travers des scénarii du type de « *chevreaux accrochés à des crocs de bouchers et dont le sang coule* » (Planche II) et qui correspond à la réponse de Kad que nous avons choisie car représentative de nombreuses réponses morbides sur un plan de la perversion. Racamier (1992) dans *Les perversions narcissiques* évoque bien le passage (notamment chez la vénus-Phalloïde) entre la paranoïa et la perversion. Freud, dans le texte de 1915, comme nous l'avons rappelé, évoquait ce passage d'emprise du regard de l'autre sur soi et du regard du soi sur l'autre comme les premières relations objectales entre le nourrisson et l'objet. Bergeret, parallèlement, dans ses dernières théorisations (2011) souligne que la perversion est le dernier bastion défensif avant l'effondrement psychotique et il a presque tendance à la considérer comme une économie psychotique (cf. DVD de 2011 réalisé par Claude De Tychev interviewant Jean Bergeret).

Bergeret (1974), par le recours à la théorie kleinienne n'exclut pas les passages d'une a-structure vers une lignée structurelle pure (psychotique ou névrotique), concept malheureusement souvent oublié lorsque ses héritiers de la psychopathologie française font référence à son œuvre. Parallèlement, il pose la réalité à l'intérieur des 3 grandes structures (schizophrénie, paranoïa et maniaco-dépression) des possibilités de passage de la manie à la mélancolie d'une part (ce qui est admis par tous les cliniciens) mais également de la paranoïa à la schizophrénie et vice-versa, ce qui est plus original et nous conduit à trouver encore plus infondées et injustes les critiques de rigidité attribuées à son modèle théorique par certains auteurs (Chabert 1994 ; Ferrant & Ciccone 2007).

Ainsi, les kinesthésies et les Choc kinesthésiques (CHOC K : $W = 447.5$, $p\text{-value} = 0.006571^{**}$), ainsi que les nombres de réponses données au test (R : $W = 146$, $p\text{-value} = 0.0007528^{**}$) sont clairement significativement différentes et plus élevées chez les organisations paranoïaques que celles obtenues par les organisations schizophréniques. Venant marquer un espace imaginaire bien plus riche dans la paranoïa et donnant ainsi les preuves empiriques des fondements concernant les ressources liées à la présence d'un espace imaginaire même si parfois délirant comme un pronostic favorable dans les psychoses dissociées. En effet, ces sujets sont pour plus de 80% pris en charge en CMP et non pas en

intra-hospitalier. Nous ne constatons pas la chronicisation que nous repérons en revanche dans les schizophrénies pures ou hétérophréniques de l'échantillon. Si d'autres indicateurs, tels que le F+% ne nous permettent pas clairement de différencier les sous-groupes car il est effondré dans tous les sous-groupes de sujets psychotiques, il nous semble évident que le recours à l'imaginaire quand il subsiste, demeure un refuge par rapport à une réalité insupportable et peut constituer le premier socle pour envisager un travail de symbolisation ultérieur.

La question qui se pose alors : est-ce le niveau de développement du Moi initial, qui permet le développement d'un imaginaire plus riche dans la paranoïa ? Nous n'en doutons pas tellement, au regard des différents stades synthétisés par Bergeret (1974) dans l'ouvrage principal de son œuvre où il prend évidemment en considération le stade du miroir inauguré par Rank, mais réactualisé par Lacan (1956). Or, le Moi dans la paranoïa semble avoir atteint aussi ce stade de différenciation Moi/non Moi sans pour autant parvenir à se protéger des introjects d'une imago maternelle archaïque. Le Moi du sujet schizophrénique ne semble pas avoir pu même éclore, et se mesure par une inhibition **défensive drastique** liée à l'impact traumatique majeur de la symbolique de la planche et générant une sidération de la pensée et un vide idéationnel à fin de protection contre l'émergence d'une désorganisation encore plus grande. C'est l'ultime ressource défensive employée plus fréquemment par les schizophrènes. Les persévérations de la pensée viennent également asseoir cette proposition mais mettent en plus en évidence la pauvreté du registre imaginaire et de la néantisation psychique propre à ces organisations et traduisant, elle, un déni de la réalité. La réponse persévération (de la pensée) est donnée significativement plus dans la schizophrénie. (PERSEV : $W = 308$, $p\text{-value} = 0.03599^*$) (Racamier, 1992).

7.6. Étude de style qualitative sur quelques exemples de réponses typiques données dans les protocoles de l'échantillon des sujets d'organisation paranoïaque

Dans le souci d'illustrer plus finement, les résultats quantitatifs, nous proposons, de présenter les indicateurs principaux (constitutifs de la grille de la paranoïa, issue de cette étude), sur la base d'exemples recueillis dans les protocoles de notre échantillon.

Comme le rappelle Azoulay (2007), les analyses de protocoles sur la paranoïa reposent en grande partie sur les travaux de Schafer (1954, 1956). En 1954, il expose les différentes formes que peut prendre la méfiance du sujet paranoïaque lors de la passation du test.

- *Très grand intérêt pour ce que l'examineur prend en note ;*
- *Inquiétude sur la prise de note non textuelle : oublis, exclamations, soupirs... ;*
- *Réponses évatives ou agressives et défensives à l'enquête ;*
- *Demandes continues d'explication concernant le déroulement du test ;*
- *Accent porté sur les ressemblances et les différences entre les planches et notamment sur l'absence de symétrie parfaite entre côtés opposés d'une même planche ;*
- *Critique de chaque détail avec une argumentation légaliste ;*
- *Préoccupation sur ce que l'examineur recherche réellement : le sujet peut s'interroger sur la raison pour laquelle les planches sont symétriques, ou noires et blanches ou séparées par le milieu, avec l'idée sous-jacente qu'il lui faut veiller à ne pas tomber dans un piège. (Schafer 1954 in C. Azoulay, 2007, p. 42).*

Dans un premier temps, il apparaît comme une évidence, et au regard des extraits de réponses issues des protocoles des sujets d'organisation paranoïaque de notre échantillon, que **la projection de la menace externe est le premier indicateur qualitatif à repérer** au test et pouvant se coter en relation avec les réponses « Yeux » et dans de nouvelles cotations que nous tendrions à développer dans de futures études. Par exemple :

[planche X] « *Les couleurs c'est le danger... »*

[planche X D. bleu] « *On dirait un insecte qui est nuisible... »*

[planche III] « *C'est négatif, ils sont tous habillés en noir (...) soit parce que trop de monde leur en voulait, des amis et des ennemis... »*

[planche IX en G/bl] « *Une personne qui porte un masque, un visage, ses deux yeux, son nez (à l'enquête : les yeux sont plus bas que d'habitude) »*

[planche X en DG/bl] « *En jaune deux yeux, un masque, les sourcils ils ne sont pas tout à plat, quelqu'un de pas content ou qui fronce les sourcils... »*

[planche X en DG] « *Des algues qui envahissent tout, c'est toxique »*

[planche IX D rose] « *des hamsters là ils sont en guerriers car ils ont des couteaux »*

[planche X D vert inf.] « *encore deux bêtes qui portent un couteau pour moi* »

[planche VI (G)] « *le yéti de Tintin au Tibet... l'homme des neiges... un homme des neiges avec un long manteau...en haut de la montagne* »

Par ailleurs, les contenus paranoïaques, selon Schafer (1954, 1956), renvoient à la projection de la menace extérieure (sexuelle, agressive, accusatrice...) et aux moyens de protection mis en œuvre (fuite, dissimulation, affirmation de puissance...).

Les contenus qui renvoient à la **protection contre la menace projetée à l'extérieur** relèvent de tout ce qui spécifie le **renforcement de l'enveloppe narcissique** (Schafer, dans Azoulay, 2007) :

“ animaux à carapace ” mais aussi “ bouclier ”, “ armure ”, “ masque ”, ou encore de ce qui assure un effet de surpuissance dans la mégalomanie, comme “ des armoiries ”, “ des emblèmes ”, “ des monuments ”, “ Dieu ”, “ prophète ”, “ couronne ”, “ trône ”, “ rois et reines ” mais aussi des personnes célèbres pour leur réussite, leur sagesse, leur pouvoir ou leur attributs surnaturels : “ le Christ ”, “ Socrate ”, “ Bouddha ”, “ Shakespeare ”, “ Napoléon ”.

Les contenus qui renvoient à la **toute-puissance. Humain de fonction** (para-humains) ou animaux qui renvoient à une tentative de renforcement d'enveloppes narcissiques (Anzieu, 1974) car, en effet, les enveloppes sont poreuses et ont besoin de s'entourer et de se protéger contre les attaques externes (Bergeret, 1974). Louët et Azoulay (2016) ont mis en évidence ces contenus au Rorschach. Voici quelques illustrations des réponses des sujets de l'étude :

[planche 1 réponse 3 (G)] « *Un géant qui tient un sapin à gauche et un autre à droite* »

[planche III (v) , réponse 11, G/bl] « *un robot (j'ai pas dit qu'il avait fait de la muscu)* »

[planche I, réponse 4 en G] « *un mirage 4 un avion qui bombarde* » [contient une valence anale]

[planche III v, réponse 12 G/bl] « *un robot avec un nœud papillon, un peu de sang à droite et à gauche (enquête : le sang qui coulait... Un robot pas très drôle. J'ai pensé que ça se passait mal...)* »

[planche VIII, réponse 20, G] « *un sous-marin* » qui contient une dimension archaïque importante

[planche VII, réponse 23, G] « *deux lapins avec une oreille* » l'insistance sur l'oreille lors de la passation et lors de l'enquête met en évidence la projection de la vigilance comme un besoin de protection

[planche IV, réponse 13] « *un roi avec deux ailes* »

[planche I réponse 5] « *un dragon qui a perdu sa tête* »

[planche IV, réponse 13] « *un dragon qui se courbe, qui se plie en deux* »

[planche VI réponse 21] « *deux monstres dos à dos; un monstre qui rit* » [planche 8 en G/bl réponse 33]

[planche II en G] « *un papillon du futur ... il a des jambes et dessus il a des piques* »

À la planche IV un sujet (Bertrand, voir annexes) projette un contenu **para-animal (dragon)**, représentant de **la toute-puissance à valence maternelle archaïque** et dans une position saugrenue mettant en évidence la **partie arrière du dragon**. Cela se produit dans le protocole de nombreux sujets par ailleurs.

Nous repérons de nombreuses projections des **besoins de protections** théorisés selon Schafer (1956) face à cet environnement menaçant :

[Planche IX (D vert et D rose)] : « *deux hypo qui protègent les enfants et les hamsters qui protègent les hypo* »

[Planche II (D inf)] : « *Un papillon du futur, il a des piques pour pouvoir se défendre* ».

[planche VI, réponse 18, D sup] « *une hallebarde (la pointe, une arme du Moyen-Âge)* »

[Planche II dbl] « *un avion super sonic vu de dos* »

[planche VIII, réponse 32, G/bl] « *un écu, enfin un blason* »

[planche VIII, réponse 34, G] « *un masque, un peu dingo ... en tous cas un animal qui a deux grandes oreilles qui pendent* »

[planche X, réponse 47, G] « *un personnage sympathique qui sourit, qui a quatre oreilles (les yeux jaunes, le nez bleu, en orange le sourire, en gris la barbichette).* »

La dimension phallique agressive de certaines réponses n'est pas incompatible avec un **besoin de protection** en réponse à un environnement externe menaçant.

[Planche VI (G et D sup)]: « *Et là encore une autre bête avec ses yeux et puis là c'est pour se défendre je pense, elle a des piques.* »

Le **besoin de protection** par la projection de contenus "boucliers" ou de vêtements protecteurs ainsi que le renforcement des enveloppes narcissiques par la projection de la fantasmatisation de para-humain puissants ou animaux du même acabit sont beaucoup mobilisés dans les protocoles des sujets d'organisation paranoïaque à n'en point douter au regard du recueil de données opéré dans cette recherche.

[planche VI] « une sorte de hache... la hache franciscaine... des chemises noires de l'extrême droite italienne »

Nous repérons souvent l'usage de **vêtements protecteurs** toujours dans la perspective de se protéger dans les protocoles des patients diagnostiqués de paranoïa - comme un besoin de protection (Schafer, 1954) pour parer à l'attaque des objets sur lesquels la dangerosité est projetée :

[Planche I] « *Un casque à pointe* »

[planche VII, réponse 25, dbl] *un tablier* est de ces réponses vêtements qui permettent la protection

[Planche IX en G] « une armure »

Une forme d'insistance sur un autre sens que le regard tient le sujet en alerte, inscrivant le sujet dans un état **d'hyper-vigilance** : l'**ouïe**. La réponse YEUX est régulièrement accompagnée de la réponse « oreilles » comme un exemple parmi de nombreux, dans le protocole de Yohan planche V réponse 1.

Il apparait souvent la projection de la fantasmatisation d'une **relation d'emprise** en lien avec l'environnement menaçant, constitutive selon nous d'un point commun avec le fonctionnement pervers le plus archaïque :

[planche X D lat bleu] « *Là je vois deux araignées... Deux bêtes, les araignées essayant de les prendre dans leurs filets* »

L'insistance sur le regard et les nombreuses réponses YEUX témoignent à la fois du besoin de surveiller, de se protéger et de l'état d'hypervigilance constant face à l'environnement vécu comme menaçant mais également de ce mécanisme d'emprise :

[planche VIII en Dd] « *Des faucons avec ses yeux perçants* »

[planche I] « *Un visage, un œil ouvert et un œil fermé et aussi un chapeau au-dessus* »

[planche III D inf. médian] « *Une tête de mort mais la tête de quelqu'un de sombre...* »

[planche IV Dd] « *Si, y a toujours la tête de quelqu'un...* »

Les sujets, en **insistant sur le côté bizarre**, mettent en évidence l'expression indirecte de l'hypervigilance mise en lumière par le Groupe suisse comme la projection de la dimension paranoïde (2001) :

[planche I] « *Ça me semble bizarre qu'on me pose des questions sur un papier plié en deux avec des taches d'encre ...* »

[planche V] « *C'est bizarre car j'avais rien à dire et tout compte fait j'ai trouvé pas mal de trucs ! ...* »

La particularité de certains protocoles, tel celui de Didier, concerne l'insistance sur la dimension de ressenti « *je ne ressens rien de plus* » dira-t-il à la fin de la planche 1 ou « *tout ce que je ressens ?* » quand on lui redonne la consigne (planche VI), lors de la deuxième séance de passation. Ce qui n'est pas sans nous rappeler les travaux de Kretschmer (1909) sur la sensibilité dans la paranoïa. Colette Merceron et Frieda Rossel en 1996 écrivent :

La notion de sensibilité n'a guère été reprise par les psychanalystes et elle ne figure pas non plus dans les nomenclatures du DSM III et de l'ICD 10. J. Lacan en parle, dans sa thèse De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, il consacre plusieurs pages au rappel des conceptions de Kretschmer et à la notion de sensibilité, terrain morbide sur lequel peut se développer un délire de nature paranoïaque ; toutefois les sujets atteints de paranoïa sensitive ne présentent pas certaines manifestations bruyantes comme la querulence et l'hypersthénicité, ils sont beaucoup moins agressifs, revendicateurs et procéduriers. C'est à bas bruit que le délire infiltre le vécu et les relations interpersonnelles, il se caractérise par l'interprétation pathologique sous-tendue par des thèmes de persécution et de malveillance. (Ibidem, p. 215).

Conformément aux critiques formulées par les auteures quant aux classifications

nosographiques actuelles et même psychanalytiques, il nous apparaît indispensable de reconnaître la dimension sensitive dans certains types de paranoïa. Didier est un patient peu revendicateur parfois presque catatonique et replié sur lui. Aux auteurs d'ajouter :

La question des formulations telles que « on sent » est loin d'être complètement élucidée, on observe souvent des références à des sensations corporelles diverses qui n'ont sans doute pas la même signification (sensations tactiles de douceur ou de rugosité, impressions de poids ou d'éblouissement, etc..) et il faudrait aussi différencier des sensations corporelles, le fait de « sentir » des choses que l'on ne peut percevoir par les sens « sentir » ce qui va arriver, « sentir » des ondes, etc.. trouble plus archaïque et de nature schizophrénique. (Merceron et Rossel, 1996, p. 215-216)

La dimension paranoïaque infiltre les relations d'objet des protocoles des sujets d'organisation, selon un double mouvement allant d'une position régressive orale réceptive ou agressive (combinée) à une projection paranoïaque :

[planche III] « Là on dirait deux femmes africaines (...) comme si elles étaient **forcées** de faire à manger... »

[planche II] « Deux têtes de chiens qui mordent un morceau de viande commun »

[planche V G] « des cerfs qui s'affrontent pour une parade amoureuse et c'est bizarre... »

[planche X DG] « Un personnage emprisonné dans les algues toxiques »

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que la deuxième réponse planche II, ci-dessus, correspond à une **symbolisation déficitaire de l'agressivité**, le contenu renvoie d'ailleurs à une catégorie de niveau inférieure dans la grille de Cassiers (1969). Donc une tendance à la projection d'agressivité à travers les nombreuses **critiques de l'objet** comme cela est typique dans les protocoles des sujets de l'échantillon d'organisation paranoïaque.

[planche v] *Ah donc c'est toujours des insectes !*

[planche x] *Ouf y a du monde là, c'est complètement fou !*

Même si nous notons parfois l'absence particulière de PERSPECT ANALE dans les protocoles des sujets d'organisation paranoïaque (exemple le protocole de Didier en annexes) la **pulsionnalité à valence anale** est par ailleurs repérable par la présence du **mécanisme d'emprise** et par le **contrôle exercé sur l'objet**, comme le met en évidence Pascal Roman

(2015, 2^{ème} édition) dans son ouvrage *le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent* :

La qualification d'une organisation anale de la pulsion est caractérisée par un fonctionnement dominé par les marques de maîtrise et de contrôle versus lâchage ou perte. Cette modalité de traitement de la pulsion prend appui sur le contrôle des sphincters et sur l'expérience propre à ce temps du développement psychoaffectif, de pouvoir jouer entre rétention et expulsion.

Au plan de l'expression projective du registre anal de la pulsion, on retiendra qu'elle peut être repérée au travers des enjeux de contrôle de la situation projective et/ou de l'échec de ce contrôle, selon différentes modalités. (Ibid., p. 174)

Et effectivement, plusieurs fois (même de façon récurrente et avec suspicion) les patients nous interrogeront sur la restitution du test :

« *Quand vous aurez les résultats ?* »

« *vous faites cela pour me piéger...* »

« *vous allez me faire enfermer ?* »

Les sujets tendent comme dans toutes les organisations psychotiques dissociées à projeter le **morcellement de l'image du corps**, témoin direct de l'altération profonde de son identité :

[Planche II] « *On a deux poumons...* »

La pulsionnalité anale est repérable à travers la réponse cotée PERSPECT ANALE à travers ces exemples issus des protocoles de l'échantillon :

[Planche VII] « *Des lapins dos à dos* »

[Planche IV] « *deux hommes dos à dos* »

[Planche VI] « *un pénis qui entre dans un homme* »

[Planche IX] « *un forage dans un puits de pétrole* »

Les marques/traces des **besoins de protection** sont nombreuses en réaction à l'environnement menaçant, à travers des réponses qui renvoient à l'**hyper-vigilance** ainsi qu'à la **protection**, l'insistance massive sur les yeux en fait partie mais aussi sur tous les sens permettant d'être à l'affut et de se protéger.

[Planche V] « *de grandes oreilles* », « *des antennes* » « *des radars* » « *elles ne sortent pas de la journée* » et « *un long manteau* »

[planche VII] « *rambarde* ».

Enfin, les kinesthésies paranoïaques renvoient aussi au danger et donc au besoin de protection (déguisement comme notre patiente Emma qui se déguise en journée lors de ses sorties pour « *ne pas être reconnue et copiée dans la rue* ») et au clivage persécuté/persécutant que cela sous-tend et s'accroissant souvent tout au long du test dans une dynamique régrédiente :

[planche I en DG] « *Un petit animal qui survolerait un champ ou une forêt (...) la nuit ...* »

[planche V en G] « *Une chauve-souris égarée...* (laisse entrevoir la fragilité et le sentiment de dangerosité) »

[planche VIII en DG] « *Je vois un faucon ou un rapace car comme un bec et ses yeux perçants qui voient tout le paysage par là où il survole.* »

[planche X en DG] « *En jaune deux yeux, un masque* » (*qui me regarde*)

[planche X en DG] « *Un personnage emprisonné par les algues (...) je ne sais pas si il est content ou*

La **dimension mystique** se retrouve dans les protocoles de certains patients paranoïaques ayant trouvé des suppléances délirantes circonscrivant un pan de la personnalité - l'imaginaire - au délire, ainsi la réponse « *porte secrète* » planche VII avec une référence au blanc chez un sujet. Sensibilité à la carence qui est comblée par ce **mouvement projectif quasi délirant**. En parallèle nous repérons deux projections délirantes dans le protocole de Bertrand (annexes) :

[planche VII, réponse 28] « *Un crabe qui a des échasses* »

[planche IX, réponse 35 D rose + D vert lat] « *des hippocampes qui portent des robes vertes* »

[planche V, réponse 17] « ... une symétrie orthogonale »

[planche IX, réponse 39 G] « un personnage à quatre têtes »

[planche X DG] « l'arbre de la vie »

Des contenus abstraits tels que des formes géométriques, des lettres de l'alphabet ou encore des signes de ponctuation peuvent rendre compte de la sensibilité de tels sujets [paranoïaques] aux signes magiques ou aux présages provenant du délire de persécution et d'omniscience. (Louët & Azoulay, 2016, p. 44)

Un indicateur de la paranoïa mis en lumière par Azoulay (2007) concerne les couleurs passives primaires des planches colorées (VIII, IX, X) au test de Rorschach que nous repérons également dans les protocoles des sujets d'organisation paranoïaque :

Les réponses Couleur et Estompage, évitant toute forme d'excitation et d'impulsivité, montrent une adaptabilité et une complaisance sans risque pour le sujet. Il s'agit de couleurs passives primaires (" eau ", " herbe ", " jaune d'œuf "...) qui n'engagent pas le sujet affectivement. (Azoulay, 2007, p. 43-44)

Les sujets de l'échantillon utilisent ce procédé mais, dans d'autres protocoles, la valence paranoïde infiltre malgré tout la réponse, comme dans les exemples ci-dessous :

[planche IX, réponse 36] : *une salade géante*

[planche IX, réponse 37, G/bl] *une plante carnivore*

Nous avons repéré de nombreuses **kinesthésies de défiance**. Ici l'interaction est... mais elle **visé la destruction de l'autre**.

[planche III réponse 9 (D lat.)] *Deux personnes de peau noire qui se disputent un papillon*

[planche VII réponse 23 (G)] *Deux lapins qui se regardent une oreille qui se regardent l'un et l'autre*

[planche III] *ce papillon faut pas qu'il traine trop au-dessus (de la marmite), il va être aspiré par la casserole, il vaut mieux qu'il parte...*

Dans les protocoles des sujets les plus compensés ou pour qui l'imaginaire est le plus abrasé, on repère le **besoin de contrôle sur la réalité** par le recours à la LOGIQUE. Rossel et al. (1991) interrogent les processus de pensée quand il y a des contaminations et des confabulations au test de Rorschach dans les protocoles des sujets psychotiques dissociés. Les auteurs (1991) mettent en évidence une forme particulière de pensée chez le paranoïaque, ils indiquent que nous pouvons l'appréhender à travers trois dimensions car ils y cherchent dans chacune d'entre elle une logique à respecter. De même qu'ils suspectent le testeur d'attendre

des réponses malgré la consigne inverse et de poser des pièges par le test (se sentent « violés » pour les plus rigides d'entre eux) :

- L'espace : qui représente pour les sujets diagnostiqués de paranoïa un élément « **hyper signifiant** » et dont ils tirent des déductions sur la base de la position dans l'espace ;
- Le temps : ils cherchent souvent les **mêmes caractéristiques** ou la **même signification d'une planche à l'autre** ;
- La causalité : leur pensée se caractérise par la recherche **d'une intention qui serait à détecter**, d'une finalité qu'ils présupposent ;

Finalement, le point névralgique mis en évidence par Rossel et ses collaborateurs du Groupe de Lausanne tient à une tendance à rechercher **l'hyper-objectivité** dans un matériel qui ne s'y prête pas puisqu'il est par essence abstrait. Reflet d'une **pensée logique et rationnelle** malgré tout attaquée, tendant à dérapier malgré les mécanismes de contrôle mis en place pour empêcher l'effondrement.

Rousselle Gay-Crosier et al. (1989) avaient déjà mis en lumière la sensibilité des paranoïaques **aux imperfections symétriques**, imperfections qui existent notamment à la planche I : « mais il n'y a qu'eux pour les remarquer et chercher à leur donner du sens » (Rossel et al., 1989, p. 888).

Allant même jusqu'à indiquer que les sujets paranoïaques sont tellement convaincus que le test sous-tend un « rébus à déchiffrer » qu'ils donnent des réponses vagues, génériques, par crainte de l'erreur telles qu'« animales » ou « végétales ». Pour eux la question de la rationalisation chez le paranoïaque est un point déterminant, ils tentent de combattre, de contrôler, d'annihiler, les motions pulsionnelles qui les animent par la **recherche d'objectivité absolue dans le Rorschach** :

L'attitude prédominante du paranoïaque consistant à vouloir décoder les planches nous paraît s'inscrire dans une volonté d'objectivité absolue. En effet, les réponses de ces sujets se veulent logiques, soutenues par des affirmations rigoureuses et irréfutables. Cette recherche de rigueur est encore accentuée par toutes sortes de références pseudo-scientifiques qui relèvent souvent de l'anatomie. (Ibid., p. 888).

Les auteurs concluent sur la portée de ce mécanisme d'« hyper-objectivation » en indiquant qu'il tend à lutter **contre l'investissement du pôle fantasmatique** par le biais de **l'investissement de la dimension perceptive** du stimulus. C'est ainsi, pour tenter d'abraser la vie pulsionnelle et les manifestations de l'inconscient, que le paranoïaque recourt à un système de pensée « infallible et tout-puissant ». Mais rapidement ce système s'effondre comme le font remarquer les auteurs : « il suffit d'examiner un tant soit peu son discours pour remarquer à quel point ses réponses peuvent être personnelles et justifiées de manière arbitraire » (Rousselle Gay-Crosier et al., 1989, p. 889).

Nous pouvons illustrer ce phénomène dans les protocoles Rorschach de nos sujets à travers de nombreuses réponses :

- La projection à l'égard du testeur et/ou du concepteur du test :

[planche I] : « *ahlala vous allez me juger !* »

[planche I à l'enquête en G] « *C'est fou hein, ici je vois bien le papillon (v) et ici pas du tout (^)* »

[planche III à l'enquête] : « *dans vos dessins y a beaucoup beaucoup de symétrie !* »

[planche VI] « *Y a beaucoup d'insectes hein chez moi ?* »

[planche VII] « *Donc ce sont des choses qui me viennent tout de suite, je dis ça comme ça hein...* »

[planche IX verbalisations finales] « *c'est le dessin où j'ai la plus grosse difficulté à donner une signification, un rapprochement à une forme que je connais. Peut-être que l'autre sera encore pire.* »

- Sur l'autre valence, le testeur est un « allié » contre un tiers persécuteur :

[planche III] : « *Je vous l'ai déjà fait ça ? Oh j'ai pas de message, personne ne m'aime !* »

Le besoin « d'hyper-objectivité » est vraiment non négligeable dans les protocoles de ces organisations de personnalité ils en ont la compréhension comme d'un « rébus à déchiffrer » (Husain et al, 2001). Les illustrations ci-dessous sont nombreuses, elles rendent compte d'un fort besoin d'intellectualiser (mais qui échoue chez les sujets de notre échantillon), d'objectiver et de contrôler l'environnement contre le débordement pulsionnel pour éviter l'envahissement de la réalité par le pôle fantasmatique :

[planche I réponse 1 en G] « *Certes le bassin il n'y a pas ça en plus (D lat), le bassin vu de face pas de dos, de face, pas de vertèbre tout de suite c'est le bassin...* »

[planche I réponse 2 en G] « *Ah avec ses petites pattes et tout une chauve-souris, ah oui maintenant une chauve-souris avec cette couleur noire, hein, une chauve-souris c'est noir.* »

[planche II réponse 4 en D lat. noir] « *Je ne sais pas pourquoi j'ai envie de dire sans la couleur une mite, parce que c'est plus ramassé...* »

[planche II réponse 5 en dbl pur] « *Ah ici, donc j'exclus la partie rouge et je verrais bien un avion Super Sonic vu du dos et les ailes en delta, que cette partie blanche, le rouge j'en tiens pas compte.* »

[planche II à l'enquête] « *Un moment je pense vous avoir parlé de vertèbres, non c'est trop compact pour une vertèbre, y a pas les épines.* »

[planche VIII] « *mais lui on lui donne pas de signification dans les voiles, une signification dans le décor ça sert à rien* »

... *Etc.*

Ces exemples viennent apporter une confirmation à la proposition du Groupe suisse, selon laquelle l'intérêt obsessionnel du paranoïaque pour **l'objectivité absolue** tient au fait qu'il se défend de toute animation de la vie fantasmatique contre l'émergence libidinale menant chez à un risque d'effondrement psychique.

La **projection de la méfiance** est bien présente comme dans tous les protocoles de sujets diagnostiqués de paranoïa et notamment à travers l'hypervigilance, comme nous l'avons déjà indiqué, mais nous insistons dessus en raison de son importance :

[planche IV (D inf)] « *un escargot avec des petites antennes* »

[planche V (G)] « *ici les antennes (et insistance ++ sur l'arrière)* »

Enfin, nous pouvons observer un phénomène particulier, déjà mis en lumière par C. De Tychey et L. Sagnes (1986) qui consiste à faire **disparaître le référent phallique** « *des castors sans la queue, je vous spécifie bien des castors sans la queue* » (avec ensuite une insistance sur "l'arrière" des animaux). Il s'agit également d'une nouvelle tentative d'éteindre tout processus inconscient tout en se fourvoyant puisque que soumis aveuglément à une pulsionnalité anale débordante et à une position homo-érotique de fait.

La question débattue à propos de la dissociation dans les organisations paranoïaques nous semble entérinée par les données empiriques présentées ici, mettant en avant une nette tendance à donner des réponses contaminations, reflétant des troubles de la pensée en accord

avec ce processus, ainsi que de nombreuses réponses qualitatives que nous déploierons dans l'analyse du cas clinique que nous avons choisi parmi les 25 pour venir étayer les résultats quantitatifs. Nous postulons néanmoins que les troubles de la pensée sont induits par le mécanisme de défense de clivage du moi et la projection (entre autres processus comme indiqué dans la littérature partie III) et nous nous appuyons sur le large échantillon constitué de sujets plus ou moins compensés, avec un nombre beaucoup moins important de réponses de ce type chez les sujets compensés. Les sujets développant un délire mystique de type délirium disorders, en revanche, eux, donnent de nombreuses réponses fabulées voire contaminées et les sujets dont le délire tourne principalement autour de la persécution également.

7.7. La représentation de soi, un nouvel indicateur fiable et robuste

Lors de cette seconde étude, nous avons mis à l'épreuve d'une analyse empirique quantitative basée sur des statistiques sévères, le nouvel indicateur proposé par le Groupe de Nancy : le pourcentage de représentation de soi entière unitaire. La cotation en double aveugle nous a permis d'obtenir un niveau de fiabilité inter-juge très élevé supérieur à 95%. Cet indicateur offre de futures pistes de recherches à venir, comme sa validation dans les différents registres de personnalités entre le normal et le pathologique aussi, évidemment.

7.8. Analyse des différences inter-groupes concernant la représentation de soi

Tableau 15 : résultats des différences intergroupes concernant la représentation de soi

	Paranoïa <i>versus</i> schizophrénie	Schizophrénie paranoïde <i>versus</i> paranoïa	Schizophrénie <i>versus</i> schizophrénie paranoïde
La représentation de soi	Moyenne= 42,33 (écart-type=80,08)	Moyenne=17,17 (écart-type=9,67)	Moyenne=18,94 (écart-type=14,02)
	W = 450.5, p-value = 0.0184*	W = 550.5, p-value = 0.003079**	W = 379.5, p-value = 0.8695*

La comparaison intergroupe a permis de mettre en évidence une différence hautement significative, avec une correction de Bonferroni, pour une représentation de soi entière unitaire supérieure dans la paranoïa dont la moyenne est fixée entre 15 et 40 % selon nos repérages cliniques sur le terrain (variations imputables au degré de décompensation de l'organisation) et dans l'enseignement que nous souhaitons transmettre de cet indicateur. Il se peut évidemment que le projectiviste rencontre des sujets dont les assises narcissiques sont fragilisées, ce qui va réduire le pourcentage de représentations entières unitaires (car c'est bien plus de cette question dont il s'agit que de la force du Moi dans la perspective Anglo-saxonne admise mais non épousée par Bergeret). Chez les sujets d'organisation

schizophréniques, en ayant conservé les nombreux sujets issus initialement de a-structure et souffrant ainsi de décompensation psychotique secondaire, les représentations entières unitaires se situent davantage dans une moyenne fixée entre 5 et 25 % car la moyenne se situe aux alentours de 20 grâce aux sujet a-structurels de base dont le Rorschach permet de rendre compte, car ces sujets sont à même à de rares moments de la passation de témoigner à travers le contenu projeté d'une représentation de soi entière unitaire, même si celle-ci ne va pas tenir dans la dynamique de passation des réponses suivantes. Si bien, que cet indicateur nous semble désormais aussi important à prendre en considération que ceux utilisés traditionnellement au sein du psychogramme. Nous l'avons évidemment intégré à la grille de la paranoïa en méthodologie (partie IV).

Le développement du Moi des sujets paranoïaques, quoique bien inscrits dans la lignée psychotique relèvent, comme l'avaient annoncé les auteurs psychanalytiques, d'un développement psychogénétique plus élaboré que celui rencontré (quand quelque chose en est saisissable tant il est fragile et précaire) dans les organisations schizophréniques. Il relève aussi d'une nature différente de l'angoisse de morcellement, des défenses dominantes mises en place contre l'angoisse et d'une relation d'objet également très différente de ce qu'on peut observer dans les organisations schizophréniques. Les paranoïaques apparaissent au vu de cet indice moins dissociés à la fois que les schizophrènes et que les schizoparanoïdes. Il nous apparaît assez logique d'avoir un niveau assez similaire d'attaque de l'unité de la représentation de soi chez les schizophrènes et schizoparanoïdes d'autant plus que l'échantillon (schizophrénies pures) est implémenté de nombreux sujets décompensés secondairement venant d'une lignée a-structurelle au départ.

Nous souhaitons développer de nouveaux travaux pour la validation de cet indicateur issu directement des travaux de Nina Rausch dans les années à venir au Groupe de Nancy.

7.9. Etude qualitative contrastée entre trois cas cliniques exemplaires de la lignée structurelle psychotique dissociée

Dans cette partie qualitative clinique nous tenterons de saisir la subjectivité du sujet et ses fantasmes originaires dans le but de saisir la problématique dynamique sous-jacente, dans le sens où le psychologue clinicien, comme annoncé en introduction, travaille selon nous en premier lieu avec son appareil psychique. Or, notre appareil psychique est en partie constitué

de notre égo, de notre Moi, qui met en place des mécanismes parfois de protection par rapport à des situations pouvant faire écho. Notre surmoi nous empêche de penser librement et nous avertit sur les avatars transféro-contre transférentiels que nous pouvons projeter lors de l'examen clinique, mais surtout, dans la régulation de nos propres émotions au cours des rencontres faites ces cinq dernières années dans le cadre de cette recherche et de notre pratique clinique en institution psychiatrique. C'est une partie de notre moi qui a été imprégnée de cet univers et dans la rencontre avec les patients, nous devons dire que notre personnalité s'est trouvée enrichie. Que ces rencontres concernent la psychologue que nous représentons professionnellement mais qu'elles viennent aussi toucher ce que nous avons de plus profond et qui constitue l'essence de notre être, de notre âme et d'un point de vue métapsychologique de notre squelette psychique.

PREMIER CAS CLINIQUE EXEMPLAIRE :

CATHERINE UN CAS DE PARANOÏA FEMININE

Avant de consulter au CMP où nous l'avons rencontrée, Catherine n'avait jamais reçu de diagnostic psychiatrique. Elle ne suit aucun traitement chimique. Un diagnostic de paranoïa sensitive a été posé par le médecin psychiatre, selon une tradition française, pour les symptômes suivants :

- Interprétative (tendance à faire des liens abusifs entre les événements)
- Revendication et quérulence
- Agressions successives sur/par son voisinage (sur 4 logements différents). Le commissariat de quartier excédé de ses appels successifs refuse désormais de prendre ses plaintes...
- Discours métonymique et logorrhéique
- Isolement et dégradation inquiétante de la qualité de vie (l'assistante sociale a monté un dossier de surendettement qui a abouti)

Du point de vue de la nosographie psychiatrique Anglo-saxonne, au regard des troubles de la personnalité dont souffre Catherine, nous retiendrions le diagnostic de troubles paranoïaques de la personnalité. Les critères diagnostiques proposés par le *Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux* (A.P.A., 2013) dans sa cinquième version sont :

Les troubles de la personnalité paranoïaque

Troubles de la personnalité paranoïaque (<i>p. 649 du DSM-5, A.P.A., 2013</i>)
Critères diagnostiques 301.0 (F 60.0)
<p>A. Une méfiance généralisée ainsi que la méfiance des autres de sorte que leurs motivations sont interprétées comme malveillantes, commençant à l'âge adulte et présents tôt dans une variété de contextes, comme indiqué par quatre (ou plus) de ce qui suit:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Les suspicions sans fondement, comme celles que d'autres les exploitent, veulent les blesser, ou les tromper.2. sont préoccupés par des doutes injustifiés sur la loyauté ou la fiabilité des amis ou des associés.3. sont réticents à se confier à d'autres en raison de la crainte injustifiée que l'information sera utilisée avec malveillance contre eux.4. ont une lecture des événements (bénins), ou des remarques d'autrui, où la honte et l'humiliation sont cachées.5. une forte persistance à la rancune (i.e. : sont impitoyables concernant les insultes, les

blessures ou les affronts).

6. perçoivent des attaques sur leur caractère ou leur réputation qui ne sont pas évidentes pour les autres et sont prompts à réagir avec colère ou à contre-attaquer.

7. ont des soupçons récurrents, sans justification, en ce qui concerne la fidélité de leur conjoint ou de leur partenaire sexuel.

B. Ne se produit pas exclusivement au cours de la schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec des caractéristiques psychotiques, ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

Remarque: Si les critères sont remplis avant l'apparition de la schizophrénie, ajouter «prémorbide», à savoir, « paranoïaque trouble de la personnalité (prémorbide). »

En outre, Catherine présentait tous les symptômes proposés ci-dessus lorsque nous l'avons rencontrée ; mais en l'absence avérée (surtout) d'hallucinations auditives ou visuelles et puis aussi de délire formel, nous avons rejeté les diagnostics s'inscrivant dans le spectre schizophrénique du DSM-5 (Troubles délirants ou schizophrénie). En effet, Catherine n'a jamais présenté de sérieux délire, construit de persécution, il s'agit davantage de son rapport à sa personnalité dans la relation aux objets et au monde environnant. Très interprétative, Catherine s'isolait de plus en plus et se sentait elle-même constamment épiée et persécutée par son entourage (voisins, anciens collègues, etc.), comme par rebond des actions menées au fil du temps (infectivait ses voisins sur leur manière d'élever leurs enfants ou sur leur niveau d'hygiène globale, etc.).

Catherine vit seule. Elle ne s'est jamais mariée, elle « consommait » les hommes et changeait de partenaire toutes les semaines en début de thérapie, persuadée de ne pouvoir se fier à personne. Elle choisissait toujours des hommes forts pouvant ainsi impressionner ses voisins ; quoique parfois elle avait honte que ces derniers remarquent qu'elle change de partenaire fréquemment. Elle n'a pas d'enfant, mais est entourée de nombreux animaux qu'elle considère comme « ses bébés », ce qui pourrait traduire une relation anaclitique à ces derniers.

Nous étions en fin de première année de thèse lorsque l'équipe soignante du CMP pour lequel nous avons œuvré ces trois dernières années nous a sollicitée pour réaliser son bilan psychologique dans le but d'éclairer ses thérapeutes sur la problématique sous-jacente. Nous avons contacté Catherine par téléphone pour prendre rendez-vous à cet effet puisqu'elle avait accepté en amont auprès de l'équipe médicale de nous rencontrer dans le cadre de ce bilan dans le but de mettre en place un dispositif thérapeutique adapté (car nous le rappelons notre recherche s'inscrit avant tout dans une démarche de soins courants). L'infirmière qui l'avait reçue en première se sentait « dépassée » par la situation selon ses termes et sollicitait avant tout un éclairage psychopathologique sur la personnalité de Catherine qu'elle décrivait immédiatement comme une patiente « paranoïaque et très persécutée ». Mais dans le langage commun ou médical nous préférons toujours être prudence par rapport à ce terme, qui n'aurait pour nous de sens que dans une dynamique intrapsychique pertinente par rapport à notre référent théorique. D'emblée Catherine s'est montrée méfiante et au bout de 2 minutes d'échanges téléphoniques durant lesquels nous lui propositions des horaires pour convenir d'un rendez-vous futur, elle nous a raccroché « au nez », si nous pouvons le dire ainsi puisque tel fut le cas. Elle nous a recontactée quelques minutes plus tard en nous indiquant avoir paniqué car la caméra de son téléphone se serait déclenchée en cours de conversation (nous l'avons rassurée sur le fait que cela ne s'était pas produit de notre côté) nous permettant ainsi de la voir nue, puisqu'elle se trouvait dans sa salle de bain au moment de notre appel matinal (environ 9h). Nous avons donc été placée directement en position de voyeuriste (en réalité nous n'avons rien vu mais dans la construction fantasmatique de la patiente) et ces toutes premières données cliniques mettaient en évidence selon nous une souffrance et un besoin d'hypervigilance - de méfiance à l'égard de son environnement. Dans un premier temps, nous nous sommes dits que ce cas était trop « beau » par rapport à la théorie pour être « vrai », que cette patiente jouait quelque chose, qu'elle ne pouvait pas nous donner à voir directement

son fantasme homosexuel refoulé au sens de Freud (1915, 1920), dans l'analyse qu'il a faite d'un cas de paranoïa.

D'ailleurs à ce propos nous avons choisi un cas de paranoïa féminine pour illustrer cette entité nosologique psychanalytique, dans le sens où ces femmes d'organisation de personnalité paranoïaques nous ont semblées plus rares et plus inaccessibles à la recherche que les cas de paranoïa masculines, ce qui a déjà été suggéré par ailleurs (Garnier & de Tychev 2007). En outre, souvent plus spectaculaires aussi !

Catherine a 46 ans lors du premier entretien, elle est issue d'une fratrie de deux enfants, sa mère est d'origine irlandaise et son père italien, sicilien, d'une famille très pauvre (« *la plus pauvre du village* » nous dira-t-elle). Elle a grandi dans un premier temps entourée de ses deux parents qui étaient gérants d'une salle de sport mais aussi de ses cousines et de ses oncles, tantes et grands-parents paternels. Elle n'allait voir que plus rarement sa famille maternelle car géographiquement éloignée (ils vivaient dans le nord de la France).

Lorsque son petit frère (décrit comme un enfant-roi) est né, alors qu'elle avait 6-7 ans, ses parents ont acheté une maison, qui selon elle, « tombait en ruines » et à partir de là, Catherine décrit une vie cauchemardesque. Le froid d'hiver ; son père qui claque les portes le matin tôt pour la réveiller ; son frère, grandissant devenant de plus en plus menaçant (lui courait après dans la maison avec un couteau) ; sa mère « harcelante » lui interdisant toute sortie et la faisant surveiller par les voisins, jugés comme des « dégénérés » par Catherine. Catherine nous a indiqué avoir subi le harcèlement de leurs voisins pendant des années, avec l'idée indéfectible qu'ils surveillaient le moindre de ses gestes et les restituaient le soir à ses parents.

Par ailleurs, Catherine indique que lors de la grossesse de sa mère (de son petit frère), entre autres, son père a pris une maîtresse et il demandait à Catherine de le couvrir. D'après Catherine son père est un grand « coureur de jupon » qui a trompé sa mère à de multiples reprises. Ce modèle a probablement influencé ses propres choix d'investissements sexuels ultérieurs.

Catherine était studieuse, elle a obtenu son bac sans difficulté, pour poursuivre sur une licence et une maîtrise d'anglais. À cette période, ses parents lui ont loué une chambre de bonne proche de l'université où elle étudiait. Catherine leur en veut encore énormément d'avoir choisi son premier logement sans même lui en parler ou la concerter, se retrouvant

devant le fait accompli. À nouveau, Catherine décrit, le froid d'hiver, la mauvaise hygiène (elle dit avoir été la « boniche » de sa mère toute son enfance), un endroit « sordide » et sombre. Puis, son diplôme en poche, elle s'est envolée pour le Canada où elle a été professeure assistante pendant deux ans. Elle avait réussi à se créer un cadre de vie qu'elle décrit comme idéal, idéalisé. Ses parents avaient gardé son chien, ils lui ont fait croire qu'il était malade, sur le point de mourir afin qu'elle rentre en France. Catherine est rentrée. À son arrivée, elle a découvert qu'en réalité ses parents avaient projeté de les installer, sa cousine (du côté paternel) et elle, dans une annexe de la demeure de leurs grands-parents qu'ils avaient fait construire pour elles. Catherine nous a indiqué que cette même cousine avait été victime d'inceste de la part de son père, l'oncle par alliance de Catherine. À plusieurs reprises, Catherine évoquera des abus de cet oncle sur elle, mais sans certitude.

Les jeunes femmes ont vécu quelques temps dans l'annexe des grands-parents, allant faire leurs courses, leur ménage, une période sombre selon Catherine qui œuvrait en même temps à délivrer sa cousine de l'emprise de son oncle. Catherine s'est « enfouie »³³, a pris un nouveau travail de secrétaire dans la région ainsi qu'un nouveau logement. Du Canada, Catherine a conservé deux amies avec qui elle correspond toujours et qui lui envoient des colis ou des mandats régulièrement. Catherine a également tendance à se montrer généreuse avec son entourage, pouvant ensuite le leur reprocher et s'endetter...

C'est au retour du Canada que Catherine vivra un événement important que nous ré-évoquerons dans l'analyse de sa personnalité, il s'agit du moment où elle a découvert qu'une jolie jeune femme qui fréquentait la salle de sport de ses parents se faisait passer pour elle. Ou autrement dit, la mère de Catherine a fait croire, pendant son absence, que sa fille était cette jeune femme brune, aux cheveux longs et bruns... Tandis que Catherine a les cheveux courts et châtains.

Ensuite dans tous les logements qu'elle occupera, et ils furent nombreux, Catherine subira du harcèlement, des agressions ou sera elle-même accusée d'agression sur des personnes du voisinage. Elle a été également victime de nombreux accidents domestiques,

³³ Nouveau lapsus au lieu d'écrire enfuie

une partie du plafond du dernier logement s'est effondré sur elle ; une maison qu'elle occupait aurait pris feu suite à de nombreuses agressions subies par l'ancien locataire.

Il y a deux ans, avant la psychothérapie qui a été menée sur 18 mois suite à la première phase du bilan projectif, dans sa façon de se présenter, Catherine mettait immédiatement en avant le sentiment de persécution qu'elle « subit-ssait ³⁴ » de la part de son voisinage. Elle a orienté les premiers entretiens de recherche directement et intarissablement sur les questions de ses conflits de voisinage. Il³⁵ nous a fallu l'aider à reconstituer le récit de son histoire au départ très décousu. Elle était submergée par l'angoisse, se sentait sans cesse épiée, victime de la malveillance de son bailleur, de ses voisins, de ses anciens employeurs, etc. Les symptômes étaient très bruyants et morbides ; après plus de deux ans, elle a semblé se reconstruire et appréhender sa personnalité différemment, se préservant des avatars dont elle a pris conscience (au moins partiellement).

Par exemple, Catherine focalisait son attention sur une voisine enceinte et surveillait chacun de ses mouvements, persuadée que le futur enfant serait maltraité tel le premier enfant de ce couple auquel elle aurait porté secours en appelant les services sociaux (ruminations d'idées et appels incessants aux services sociaux à ce propos), même si ces derniers n'ont pas retenu les plaintes et n'ont pris aucune mesure envers les parents. Nous pourrions donner une trentaine d'exemples ainsi d'événements « compliqués » dans la vie de Catherine, du moins de ce qu'elle relatait avec véhémence lors des entretiens.

Le fantasme de se rendre « justicière » nous semble être au centre de la problématique de Catherine, même si elle a été confrontée au suicide de l'un de ses voisins, considéré comme son pire ennemi à l'époque où cela s'est déroulé. Son suicide par arme à feu l'a confortée dans le fait que celui qu'elle appelait « le chasseur » car il tenait une armurerie sous son appartement était « extrêmement dangereux » et qu'elle avait eu raison d'alerter à de nombreuses reprises les forces de l'ordre qui « se trouvaient bien bêtes » de ne pas l'avoir crue !

³⁴ Nous conservons ce qui au départ relève d'un lapsus écrit pour l'analyse future...

³⁵ Ses thérapeutes et nous-même la psychologue qui a effectué les test/re-test

Catherine se plaignait au départ d'un symptôme spécial, d'une incapacité à lire en français mais une capacité à lire les courriers en anglais en revanche sur les dires de la patiente. Catherine s'est endettée ainsi et elle explique que sa difficulté avec les papiers administratifs provient de là selon elle. Par ailleurs elle souffre de fibromyalgie depuis l'enfance. Nous observons il y a 18 mois une consommation d'alcool (2 bières minimum) quotidienne associée à de nombreuses relations avec des hommes qui comme elle l'a indiqué très récemment « savent vendre du rêve ». (Elle est particulièrement attirée par les hommes en uniforme). Les multiples procédures judiciaires entreprises par Catherine contre ses voisins l'ont discréditée auprès des autorités qui refusent de prendre en compte ses plaintes désormais. Elle fréquentait un groupe d'amis dans un bar particulier, au sein duquel semblaient régner des pratiques sexuelles perverses de type zoophilie... Une femme du groupe aurait eu des rapports avec un animal domestique canin (ce qui semblait créer dégoût mais aussi fascination chez notre patiente).

Après la prise en charge, Catherine a remis en question ses habitudes et son hygiène de vie. Elle ne fréquente plus les personnes, les bars et privilégie la salle de sport, même de manière outrancière. Elle travaille et son dossier de surendettement accepté, elle est désormais soulagée des risques qui pesaient sur son avenir matériel. Il nous semble qu'elle prend plus soin de son apparence physique et tente d'user de self-control, du moins plus qu'avant.

Dans tous les cas, il est souvent difficile de faire le tri entre ce qui relève d'une réalité objective ou des projections fantasmatisques de la part de Catherine, dans le sens où elle a réellement été confrontée à des événements terribles et qu'elle a vécu des agressions qui sont très plausibles.

D'un point de vue professionnel, Catherine a été de nombreuses années au chômage mais il y a 5 mois elle a trouvé un travail de secrétaire. La société renouvelle depuis plusieurs mois ses contrats, elle redevient donc active et se rend à la salle de sport 3 heures par jour. Elle indique ne plus porter attention aux voisins et éviter les conflits, mais lorsqu'au re-test elle commence à ré-évoquer ces questions, le soubassement paranoïaque refait très rapidement surface et demande à être contenu.

Nous avons choisi de présenter le re-test passé post-thérapie en 2018 mais en annexes, le lecteur pourra prendre connaissance du test afin de constater la prégnance de la structure

malgré l'abrasion des symptômes cliniques suite à la thérapie. Au niveau de la cotation nous avons suivi l'option préconisée par Paul Lerner (en 1975 dans le *Handbook of Rorschach scales* et en 1998 dans *Psychoanalytic perspectives on the Rorschach test*) de codifier en 4^{ème} colonne du test de Rorschach les mécanismes de défense principaux utilisés par le sujet.

CATHERINE RE-TEST RORSCHACH 2018

<p>Planche I</p> <p>3''</p> <p>1. Alors moi je vois toujours la femme au milieu une espèce de bonne sœur je vois vraiment comme une espèce de none au milieu avec deux mains qui me fait penser aussi à une 2. bête et à l'époque je voyais 3. deux lutins ici et là par contre je vois un 4. visage malfaisant au milieu et aussi 5. deux personnes qui tiennent au milieu de chaque côté qui écartèlent en souffrance</p> <p>6. Moi un truc qui m'a toujours déplu c'est cette ligne au milieu</p> <p>Mais bizarrement ces deux personnes je les ai jamais vues malfaisantes c'est des personnes d'autorité à l'époque je ne le voyais pas comme ça.</p> <p>7. Un truc auquel j'aime pas en parler j'ai jamais remarqué ces taches-là me font penser à des déjections</p>	<p>Les mains le col un peu d'une robe victorienne et les tailles d'une robe une silhouette avec les petits pieds pas la tête juste le corps ceinture voile</p> <p>Lutin DG : espèces d'ailes la robe les pieds ici une robe</p> <p>Pourquoi les bras levés ?</p> <p>Ça peut être à la fois folkloriques et une none et ma tante une pratiquante que j'aimais beaucoup</p> <p>Là la citrouille d'halloween, l'expression que j'aime pas</p> <p>D lat lutins</p> <p>Ils tiennent là ...par les bras... Par les avant-bras</p>	<p>1. D K H Hd</p> <p>2. D F+- A</p> <p>3. D F+ (H)</p> <p>4. D kp Hd</p> <p>5. D K H/Abstract Defect</p> <p>6. Dd/bl F+- Crit Obj Sym</p>	<p>Clivage intra-réponse : none bête, pouvant renvoyer à l'imgo maternel</p> <p>Projection d'une fantasmatisation sadomasochique « qui écartèlent »</p> <p>Insistance sur la ligne médiane symétrique, repli sur l'image du corps, narcissique</p> <p>Projection paranoïaque</p> <p>Régression anale</p>
---	---	---	--

<p>(Dd)</p> <p>2'21</p> <p>Je ne vois que les taches noires je ne vois pas le blanc</p>		<p>Ref Perso</p> <p>Crit obj</p> <p>7. Dd F+- Frag Perspect anale</p> <p>C'</p> <p>Rem Neg C'</p>	<p>Projection d'affects dépressifs</p>
<p>Planche II</p> <p>Oh punaise je savais que vous alliez me sortir le rouge (me parle du rouge et du fait que ça la gêne...) 33''</p> <p>8.Un visage en sang appliqué avec le nez et à l'époque je disais comme un (incompréhensible)</p> <p>et maintenant 9. une fusée</p> <p>10.Et là des bestioles méchantes des espèces d'ours ou de lapin et ça j'aime pas du tout et j'ai toujours eu un problème avec les gens qui s'approchent de moi</p> <p>11.Je vois un papillon</p> <p>Tout ce qui est rouge je ne peux pas</p> <p>Evoque son père qui versait de l'alcool à 90 sur ses</p>	<p>7.Ici les yeux la marque des yeux mais l'impression des sourcils ici on voit des dessins dedans mais moi je vois vraiment ou même des yeux fermés, les yeux le nez la bouche et plus le menton le bas</p> <p>D sup</p> <p>Lacune blanche un flacon de parfum</p> <p>D lat</p> <p>D inf papillon mais encore une fois pour moi c'est une projection de sang</p> <p>D rouge inf</p>	<p>Choc R</p> <p>8.D FC Hd/Sg Yeux</p> <p>9.D F+ Obj Ref Phal (dbl F+ Obj)</p> <p>10.D kan A/A Ou Crit Obj</p> <p>11.D F+ A/Sg Crit Obj</p> <p>->kobC</p> <p>Ref Perso</p>	<p>Projection d'une intentionnalité malveillante</p> <p>Symbolisation de l'agressivité défailante</p> <p>Projection de l'agressivité</p> <p>Projection paranoïde</p> <p>Dévalorisation venant traduire la projection de l'agressivité et de sa mauvaise symbolisation</p>

<p>plaies. Alors qu'à son frère on lui mettait de l'eau oxygénée et puis nous badigeonnait de mercurochrome</p> <p>12.Sang de menstruation</p> <p>3'</p>		<p>12.D C Sg Choc R</p>	<p>Réminiscences traumatiques</p> <p>Projection crue de la sexualité</p>
<p>Planche III</p> <p>Ah punaise</p> <p>2''</p> <p>13.Mes deux pingouins</p> <p>14.Un pelvis le bassin tout bien sur j'aime pas ça ça me fait penser à des choses l'écartement la pliure c'est toujours le truc qui me dérange</p> <p>15.Là je vois toujours un visage avec un flot avec la tête la bouche un peu de mante religieuse</p> <p>16.Mais ces deux bestioles là je ne les vois pas comme agressifs et 17.ça une tache de sang et 18. des organes foie estomac c'est un truc aussi que je supporte pas la</p>	<p>D lat</p> <p>D inf</p> <p>D inf</p> <p>Flot D sup</p> <p>Je voyais juste un pingouin et maintenant je vois des pénis</p>	<p>Choc K</p> <p>13.D F- A</p> <p>14.D F- Anat Sym Crit obj</p> <p>15.D F- Hd/Obj/Ad Contam</p> <p>16.D F+- A Rem Neg</p> <p>17.D CF Sg Choc R</p>	<p>Déni de la relation</p> <p>Tentative échouée de recours à la réalité</p> <p>Projection du morcellement de l'image du corps</p> <p>Mante religieuse projection d'une imago maternelle archaïque</p> <p>Dénégation</p> <p>Projection de la pulsionnalité agressive</p>

<p>vue des tripes boyaux je peux pas 1'35</p>		<p>18. D F- Anat</p>	<p>Regréssion anale (boyaux) ?</p>
<p>Planche IV</p> <p>Ah ouais...</p> <p>8''</p> <p>19. Toujours la figure vue par en dessous une personne qui passe au- dessus mais maintenant je vois plus 20. une bestiole écrasée maintenant je le vois plus en position d'immobilité et maintenant la bestiole pour moi est couchée et inoffensive car couchée, un animal une pauvre bête écrabouillée il reste plus rien, cette bestiole à plat écrase les pieds les mains, je vois même pas de danger car elle bouge pas</p> <p>La pliure du milieu tout ce qui est pliure qui généralement me met mal à l'aise c'est la pliure est beaucoup plus claire blanche là c'est au niveau du ventre pas au niveau du dos je précise, il est inoffensif il a été éradiqué, au mauvais endroit au mauvais moment. 21. Là maintenant je vois des talons je les avais pas remarqué et</p> <p>22. Là une espèce de mains qui tiennent... Je fais jamais</p>	<p>D lat</p> <p>G</p> <p>D Médian</p>	<p>19. D F+- Hd</p> <p>20. G kan- (A) Defect Rem Neg</p> <p>Crit obj</p> <p>21. Di F- Vet</p> <p>22. D kp Hd</p>	<p>Par en dessous, perspect anale défendable</p> <p>Projection sadomasochiste à valence régressive anale</p> <p>Désinvestissement de l'objet jugé dangereux, maîtrise/emprise</p> <p>À nouveau insistance repli sur la symétrie renvoyant au narcissisme et interprétable comme une tentative de recours à la réalité</p> <p>Projection de la destruction</p> <p>Projection de la dangerosité</p>

<p>les détails ça me met mal à l'aise chez moi c'est pareil je ne supporte pas la vue des taches au sol</p> <p>2'51</p> <p>Je peux retourner ? Cauchemar, vous êtes dure lundi matin...</p>	<p>Dd lat</p> <p>D inf</p>	<p>Crit obj Ref perso</p> <p>Crit obj</p>	<p>Projection paranoïaque à l'égard du testeur</p>
<p>Planche V</p> <p>Rires</p> <p>7'' 23. Je vois juste une bestiole et je la vois qui part en plus, je vois juste pouf pouf voilà je vois pas d'autre chose, les antennes la queue comme une espèce de chauve-souris</p> <p>24. Deux visages de chaque côté des visages masculins car on dirait la barbe lèvre supérieure et inférieure, la coupe de cheveux etc. mais je suis plus attirée par le côté droit que le côté gauche car je suis droitrière après si c'est censé être une symétrie.</p> <p>Rien de néfaste elle prend son envol elle se barre</p> <p>1'35''</p>	<p>G</p> <p>24. D lat 1/3 sup</p>	<p>23. G+ kan A Ban Rem Neg (voir la deuxième partie de la réponse pour la kinesthésie)</p> <p>24. D F+ Hd/Hd Sym</p> <p>Ref Phall</p>	<p>Antennes: insistance sur l'hypervigilance</p> <p>Surinvestissement du phallique « la queue »</p> <p>Intellectualisation</p> <p>Repli narcissique sur la symétrie</p> <p>Dénégation/ fuite Projection d'une dangerosité latente</p>
<p>Planche VI</p> <p>Oh punaise que je l'aime</p>		<p>Crit Obj</p>	<p>Projection de l'agressivité</p>

<p>pas celle-ci !</p> <p>9'' 25. Je vois la pliure au milieu et ça me fait penser aux organes génitaux d'une fille</p> <p>26. Mis à part cela je vois une peau de bête un visage d'animal au milieu, un lion et puis 27. je vois cette espèce de libellule au milieu tête d'insecte avec en même temps une tête d'otarie</p> <p>28. Pour moi c'est sale c'est des liquides des flux corporels même si y a pas de rouge pour moi c'est sale. Pour moi y a deux composantes en haut qui n'a rien à voir avec celle du bas je sais même pas pourquoi c'est là. 28. Je vois pas quelqu'un les bras écartés je vois plus une tache de bête.... Je suis tellement focalisée sur ce que j'aime mais avant je disais pas... Je comprends pourquoi je pète un boulon quand je vois des taches. 2'24</p>	<p>Dbl médian maintenant je vois un visage (D médian)</p> <p>26. Lion, sourcils babines crinière rien de méchant</p> <p>Parle de son cauchemar des babouins des masques etc. la font flipper et la mettent extrêmement mal à l'aise</p> <p>Libellule dbl médian</p> <p>Flux G/bl</p> <p>28. G</p>	<p>25. Dd F- Sex</p> <p>26. Di F- A/Ad Rem Neg</p> <p>27. Dd F- A/A →contam</p> <p>28. G/bl- F+- Frag Rem Neg Crit Obj</p> <p>29. G- F+- H/A/Frag Ref Perso F.Neg</p>	<p>Repli narcissique, projection crue de la sexualité féminine / inversion de la symbolique (planche phallique paternelle)</p> <p>Régression passive</p> <p>Libellule transparence et fragilité des enveloppes psychiques</p> <p>La saleté renvoie à la régression anale</p> <p>Perte de distance avec le matériel</p> <p>Projection implicite d'une intentionnalité malveillante associée au test...</p>
<p>Planche VII</p> <p>3''</p> <p>30. Alors on revient toujours sur les îles me fait penser à mes origines Angleterre et Sicile à cause du</p>	<p>En fait le découpage des îles à cause des côtes découpées la Sicile à gauche en triangle</p>	<p>30. G/bl- F+- Geo</p>	<p>Angoisse d'abandon et défense par Intellectualisation</p>

<p>découpage. Moi ça me fait penser aux côtes de Calais les falaises, pour moi c'est positif...</p> <p>31.Des lapins, je vois rien d'autres, des bestioles qui dansent.</p> <p>32.Des femmes, bizarrement elles se touchent au niveau des fesses c'est ça qui m'interpelle c'est le pendant de la tache 1 que j'aime pas mais comme c'est l'extérieur qui est blanc ça me dérange pas. Je regarde pas ce qui me plait pas, c'est ma technique d'évitement 1'35''</p>	<p>Angleterre en fait rien à voir sur une moitié d'un côté ou de l'autre</p> <p>D sup lapins les oreilles la tête et les pattes et maintenant je vois un visage de femme avec les cheveux tirés</p> <p>Elles se touchent au niveau des fesses G/bl</p> <p>Pour moi c'est des lapins mais maintenant c'est des femmes en compétition plus qu'en conflit ma mère était jalouse de moi</p>	<p>Ref Perso</p> <p>31.D F+ A Ref Phal →kan</p> <p>32. G/bl KC' H/Sex/A Perspect anale Crit Obj Ref Perso</p>	<p>Oreilles : insistance sur le phallique et/ou hypervigilance</p> <p>Relation d'objet hypomane</p> <p>Régression anale++</p> <p>Projection paranoïde</p> <p>Regard : pulsion scopique</p> <p>Angoisse de pénétration anale en lien avec l'imgo maternel</p>
<p>Planche VIII</p> <p>J'attendais celui avec les couleurs !</p> <p>Je ne l'aime pas non plus mais il est complexe !</p> <p>16''</p> <p>33.Une carcasse de lapin chose stupide puis le bassin ça me fait penser à ça...</p> <p>L'histoire du lapin car chez mes parents on avait des carcasses de lapins à la</p>	<p>dbl médian carcasse de lapin</p>	<p>Rem C+</p> <p>Crit Obj</p> <p>33.dbl F- Anat Defect Crit Obj Ref Perso</p> <p>Devit</p>	<p>Projection de l'agressivité</p> <p>Projection du morcellement de l'image du corps</p>

<p>maison.</p> <p>34.La carte États-Unis et Canada</p> <p>Les servait comme un met (les carcasses) !J'aime pas</p> <p>La carte des États-Unis la partie verte</p> <p>35.La partie colorée fleur ou papillon</p> <p>36.Ça encore une fois, une louve ou une hyène mes grands-parents avaient la statue de la louve de Rome ? Nous dans notre culture c'était très important...</p> <p>Forcément les couleurs m'interpellent car ça me fait penser...</p> <p>Par contre ici j'aime pas cette partie-là (blanc) qui me plaît pas et si je regarde</p> <p>37. je vois les espèces de lutins en blanc qui sont en noir (sur la 1) et la pliure au milieu, cette symétrie cette chose qui me plaît vraiment.</p> <p>38. Moi ça me fait penser à un anus ce truc là</p> <p>Autrement j'aime bien les couleurs elles sont sympas</p> <p>39.Là je vois des mains que j'avais jamais vues ça</p>	<p>Carte D sup</p> <p>Revient sur les carcasses de lapins qu'ils servaient à table dans sa famille</p> <p>D inf rose</p> <p>D lat rose</p> <p>D inf fleur</p> <p>Dbl médian</p> <p>Dd/bl sup</p>	<p>34. D F- Geo/Geo</p> <p>Crit Obj</p> <p>35. D CF Bot/A Ou</p> <p>36. D F+ A/Archit Devit Ref perso Rem Int (Ban)</p> <p>Rem C+</p> <p>Crit Obj</p> <p>C'</p> <p>37. Dd/bl F- (H)</p> <p>38. Dd/bl F- Anat Perspect anale</p> <p>Rem C+</p> <p>39. Dd F- Hd Crit Obj</p>	<p>Intellectualisation</p> <p>Projection de l'agressivité</p> <p>Clivage « Ou »</p> <p>Repli narcissique, dévitalisation du contenu projeté (unilatéral) suivi d'une intellectualisation</p> <p>Projection d'une dangerosité</p> <p>Régression anale++</p> <p>Projection d'une dangerosité</p>
--	--	--	--

Je supporte pas 2'38			
<p>Planche X</p> <p>Moi je la vois joyeuse au premier abord</p> <p>13'' 44. un festival de couleur. Au premier abord on est d'accord... 45. Après un crabe le crabe chez moi représente ma mère à chaque fois que je pense le crabe je pense ma mère</p> <p>46. Après les fleurs. Encore une fois ça va sembler bizarre des fleurs de courgettes car nous on en mangeait toujours</p> <p>Toujours le rouge qui est pour moi du sang sale.</p> <p>Ça c'est l'histoire de la famille bien au premier abord</p> <p>47. Je vois des pinces pour faire du mal à quelqu'un</p> <p>48. Je voyais les espèces de jambe de quelqu'un et pareil quelqu'un qui enlève un soutien-gorge. Je vois vraiment deux personnes malfaisantes... Deux personnes qui déshabillent quelqu'un... Pour moi le fond blanc c'est quelqu'un en dessous... Comme</p>	<p>D jaune</p> <p>Vert inf</p> <p>Fleurs de courgettes = d brun et jaune</p>	<p>44.G CF Abstract</p> <p>45. D F+ A (Ban) Ref Perso</p> <p>Confab</p> <p>46. G CF (Bot) Ref perso</p> <p>Crit obj</p> <p>47. D F+ Obj</p> <p>48. DG KC' H/H/H/Vet Perspect anale Contam</p>	<p>Tentative de déni hypomane antidépressif...</p> <p>Refoulement inopérant</p> <p>Association crabe ->mère</p> <p>Projection paranoïaque</p> <p>Projection paranoïaque</p>

<p>quelqu'un en dessous et des gens au-dessus qui font quelque-chose</p> <p>49. Ça le truc gris ressemble à un crustacé il n'a rien à faire là-dedans pour moi au premier abord il a l'air néfaste ...</p> <p>50. Puis toujours ces taches-là cet orange là que j'aime pas car me fait penser à du sang séché</p> <p>Plus truc bête des pelures de tomates les grands-parents siciliens pelaient les tomates et maintenant je compense pourquoi je ne supporte pas ces taches peut être des taches de sauce tomates</p> <p>4'10</p>	<p>D rose personnes la tête les mains et les pieds. La scène totale en DG</p> <p>Comme une espèce de robe truc très long informe</p> <p>D sup crustacé</p> <p>Plus les couleurs sont foncées...</p>	<p>49. D F+ A Crit Obj</p> <p>50.D C Sg Crit Obj Confab Ref Perso</p>	<p>Crustacé animal à carapace vient renforcer les enveloppes narcissiques fragiles + projection paranoïde</p> <p>Projection de l'agressivité</p>
---	---	---	--

Psychogramme [Catherine re-test] résumé :

R= 50 ; TT= 1477'' ;

G %=18% ; G+ %= 2% ; D %= 58 % ; Dd %= 14 % ; Di= 4 % ; dbl%= 6 % ; **Dd+dbl%=20%**

T.A. G-D-Dd-dbl-Di

F %= 62 % ; F+ %= 40% K= 4 ; kp= 2; kan= 3; total grandes kinesthésies= 4 ; total petites kinesthésies= 5

Succession= 3 points ; TRI= $2KC'+2K=4K / 9 (3C+4CF+1FC)$ extratensif

Formule secondaire : $2kp+3kan=5k/1FE=0,5$ en sens inverse

RC%=18/50=36%

H %= 30%; A %= 24 %;

H= 1; (A)= 1; A= 12; (H)= 2; Hd= 8; H= 4; Frag= 2; Sg= 6; Sex= 1; 6; bot= 1; yeux= 1 Anat= 6; Vet= 1; Geo= 2 Obj= 1; Abstract= 1; IA% de 38%

Il y a 8Hd et une somme H (de 5=13X100/50) = 26 % avec mauvais rapport H /Hd

Perspect. Anales = 6 [et une tendance]

Yeux= 1

Crit Obj= 19 et autocrit=1 ; Confab. = 2 ; Contam= 1 ; Rem Neg= 5 ; Choc R= 3 ; Defect= 2 ; Sym= 3 ; Ref perso= 6 ; Ref Phal= 4 ; Ou= 2 ; Contam= 1 ; Rem Int= 1 ; Abstract= 2

Ban= 1 (et 2 entre parenthèses)

Choc K= 1

Analyse du test de Rorschach de Catherine

Il nous apparaît que tous les signes quasi-pathognomoniques de la paranoïa au test de Rorschach sont rassemblés dans les résultats du psychogramme ; mais également dans les données qualitatives (verbalisations entourant les réponses). Nous rappelons au lecteur qu'il s'agit ici d'un re-test après une prise en charge psychothérapeutique en CMP durant 18 mois.

D'un premier point de vue synthétique, tous les indicateurs élaborés par Schafer (1953, 1954) concernant la projection de la méfiance, comme le besoin de protection du sujet paranoïaque (réactualisé par Kleiger, 2017) et les études sur l'expression de la paranoïa au test de Rorschach (Azoulay & Louët, 2016) selon l'Ecole de Paris sont présents. Les réponses yeux, antennes comme les besoins d'hypervigilance et les relations d'objets paranoïaques, ou de niveau pervers archaïque (Louët & Azoulay, 2016) vont dans ce sens également. Les 6 perspectives anales (Schafer, 1954) mettent en évidence, à travers cet indicateur très probant pour l'évaluation des régressions anales, et à travers la dynamique inter et intra planche, l'angoisse de morcellement par la peur de pénétration anale selon le modèle de Bergeret (1974) et le cas clinique exemplaire au test que nous avons publié dans la revue l'Evolution Psychiatrique en 2017 (Levy et al., 2017) mettent en évidence la prépondérance des avatars de cette fixation dans la dynamique psychique de Catherine.

Comme nous l'avons relevé dans les données quantitatives présentées dans la partie V et le volet 1 de la partie VI, le nombre de réponses données est largement supérieur à la norme représentative de la population générale. Le protocole de Catherine, lui, dénombre 50 réponses, mettant cliniquement en évidence la convergence de l'un des indicateurs primordiaux : le niveau élevé de l'espace imaginaire (constat corroboré avec le nombre de réponses kinesthésiques [K= 4 ; k= 5, total= 9] au sein des protocoles de facture d'organisation paranoïaque.

Le F+ %, second indicateur fondamental, ressorti au cours de nos analyses quantitatives dans l'appréhension diagnostique de la lignée psychotique dissociée de par sa chute considérable [F+ %= 40 %] vient à nouveau se confirmer par l'investigation clinique suivie par une équipe pluridisciplinaire entre deux tests projectifs (sur différents plans, psychosocial, psychothérapeutique). Les liens à la réalité restent malgré tout assez faibles.

Il apparaît évident que l'ouverture, ou plutôt aimerions-nous écrire l'éclosion³⁶ d'un espace imaginaire riche, teintée de l'émergence des processus primaires, et intermédiaires (de type dénégation, régression etc.) augurent une évolution et un pronostic favorable à la patiente Catherine. Les données cliniques convergent dans ce sens dans la mesure où elle s'est réinsérée professionnellement et socialement, faisant le tri dans ses fréquentations et pouvant de mieux en mieux gérer des pulsions destructrices ancrées dans une dynamique projective paranoïaque en règle générale dans son mode d'appréhension à l'objet. Le TRI extratensif tend à renforcer la proposition d'une personnalité projective, accessible à un imaginaire relativement riche mais dont les pulsions et le principe de plaisir prennent souvent dangereusement le pas sur la réalité (cf. chute du F+%).

Le nombre de banalités très faible (1) met en évidence un échec global du refoulement et permet de corroborer l'hypothèse de mécanismes défensifs primaires de types déni et projection comme supports du Moi les plus mobilisables *à priori*... Il semble en effet, que les projections paranoïdes de la menace externe soient très nombreuses dans ce protocole comme le démontrent nos codifications de la quatrième colonne de la cotation inspirées des travaux de Lerner (1974, 1998) et nous pouvons le mettre en évidence à travers les exemples suivants tirés du protocole (T2) de Catherine :

Les projections paranoïdes témoignent d'un vécu interne fragile car peuplé d'introjects dangereux, et pour le sujet il ne peut s'agir que d'un univers dépeuplé de lois morales ou

³⁶ En comparaison au T1 moins riche (cf. annexes)

même tout simplement d'amour, de capacité à la bienveillance et à la sérénité et à l'auto-apaisement (ni même par intervention hétéro souvent ; sauf à phagocyter et fécaliser l'objet). Tous les exemples issus de ces protocoles témoignent, *a contrario*, d'un univers sombre et dans lequel la lutte pour la survie apparaît comme le fil conducteur :

[Réponse 4 et 5 planche I] : « *un visage malfaisant au milieu et aussi deux personnes qui tiennent au milieu de chaque côté qui écartèlent en souffrance* »

[Verbalisation associée Planche I] : « *Mais bizarrement ces deux personnes je les ai jamais vues malfaisantes c'est des personnes d'autorité à l'époque je ne le voyais pas comme ça* ».

Comme nous l'indiquons dès le départ, les deux indicateurs qualitatifs, repris par De Tychey dans une perspective bergerétienne aux travaux de Schafer (1954), YEUX et PERSPECT ANALE, viennent - d'autant plus - mettre en évidence la convergence entre les données quantitatives obtenues, signes composites les plus importants de la paranoïa, synthétisées dans la grille de la paranoïa avec l'investigation clinique proposée à travers ce cas clinique d'une organisation féminine de la personnalité paranoïaque. Il est vrai, que dans le protocole de Catherine, les régressions anales viendraient signer un narcissisme (mode de relation d'objet interne) de nature homoérotique (Bergeret, 1974) relatif au stade anal... Les perspectives anales sont extrêmement explicites et nombreuses (6 + 1) dont voici quelques extraits :

[Planche IV réponse 19] : « *Toujours la figure vue par en dessous une personne qui passe au-dessus mais maintenant je vois plus...* »³⁷

[Planche I réponse VII] nous retrouvons ce que Lévy, Prudent, Evrard, Clesse, Decker, De Tychey (2017) ont mis en évidence comme les marqueurs d'une fixation au stade anal au test : « *Un truc auquel j'aime pas en parler j'ai jamais remarqué ces taches-là me font penser à des déjections (Dd)* »

Les régressions anales dans ce protocole de paranoïa féminine sont encore plus massives, avec des projections crues de la sexualité sur les planches de la symbolique féminine maternelle :

³⁷ NB : Nous souhaitons rappeler au lecteur que la planche IV est la planche de la symbolique phallique paternelle selon Rausch (1990) et De Tychey (2012).

[Planche VII, réponse 32] : « *Des femmes, bizarrement elles se touchent au niveau des fesses c'est ça qui m'interpelle* ». Lorsqu'à l'enquête, Catherine évoque la jalousie de sa mère (nous avons fait un lapsus et écrit de sa mort [voir le concept de mère morte de Green ?]...), il nous apparaît qu'il ne s'agit pas d'une rivalité de registre oedipien. Les angoisses de morcellement par peur de pénétration anale massives et facilement observables dans ce protocole mettent en évidence un conflit de destruction, par le biais de la pénétration homosexuelle au phallus féminin, confondu dans l'organisation paranoïaque avec le pénis (cf. dynamique de la planche IX...).

Les critiques de l'objet cotées CRIT OBJ sont repérées de manière significativement prépondérante sur le plan statistique dans l'échantillon des sujets d'organisation paranoïaque et dont les résultats corroborent à nouveau avec les données cliniques issues du protocole de Catherine. Nous avons dénombré 19 de ces réponses. Il fait peu de doute qu'elles relèvent de la projection massive de l'agressivité chez les sujets appartenant à cette lignée de personnalité. En effet, nous repérons des passages nous ayant paru entrer en relation avec l'échec d'élaboration de cette dimension :

[Planche IX] : « *Ah bah toujours les deux taches-là que j'aime pas* » suivi immédiatement de la réponse quasi-déirante (car venant interpréter le rose de la planche comme du rouge) : « *Ça me fait vraiment penser à du sang la pliure je la vois pas trop car mon regard est attiré par ce rouge* ».

Analyse clinique

Notre idée de départ était que Catherine répétait sans cesse des situations où elle serait persécutée car les différents logements qu'elle a occupés sur les vingt dernières années étaient tous des endroits susceptibles de la mettre en danger (un village dans lequel l'entraîneur de foot du club local a été emprisonné pour pédophilie en réseau, les tenanciers d'un club libertain faisant partie de ce voisinage, etc.). Il nous a fallu faire plusieurs entretiens afin de pouvoir tenter de saisir les besoins thérapeutiques de la patiente. Sa façon de se présenter, très hystéroïde (jupes courtes, maquillée et parfumée malgré ses soucis pécuniers, ne ratant pas une occasion pour séduire les infirmiers ou les jeunes stagiaires) a jeté le doute diagnostique au départ, de même que son apparente richesse associative et la demande était surtout orientée vers la prise en charge d'un traumatisme. Nous nous apercevons vite que ce traumatisme venait faire écran à une problématique ainsi qu'à un noyau de personnalité paranoïaque fort. En outre, il a été difficile de faire passer le premier Rorschach, Catherine était agitée par une nouvelle « guerre des voisins » et donc totalement focalisée sur cette question ; davantage que

sur le test. Lors de la seconde passation dix-huit mois plus tard, alors qu'elle attendait la passation avec appréhension, Catherine s'est montrée capable d'une plus grande capacité de concentration et de fantasmatisation. En outre se lie à toute cette problématique complexe, la question de l'inceste car, dès les premiers entretiens, Catherine a décrit avoir été victime de caresses de son père (et de son oncle, voire de son grand-père paternel) durant l'enfance, de séquestration de la part de ses parents (avec qui elle n'a plus aucun contact depuis de nombreuses années) dans la maison familiale durant leurs absences, de voyeurisme de la part des voisins (ils la surveillaient afin de restituer ses faits et gestes à ses parents), d'intimidations de ses parents et d'agressions physiques de son frère cadet. Et lorsqu'elle nous a eu au téléphone pour la première fois, elle a nous a soupçonnée immédiatement de voyeurisme.

Le doute a été levé, le jour où accompagnée d'une stagiaire d'origine maghrébine (très jolie), Catherine s'est lancée dans le récit de ce que nous nommerons son noyau paranoïaque délirant, le point d'ancrage du fantasme sous-jacent, du moins c'est en cela et ainsi que nous l'avons reconnu. Catherine, alors qu'elle n'en avait pas évoqué une seule fois le nom en plusieurs mois de thérapie a parlé d'une de ses anciennes collègue RH d'origine égyptienne, très belle, qu'elle décrit immédiatement par ses longs cheveux bruns lisses, tout comme les miens et ceux de la stagiaire soit-dit en passant mais surtout, comme la fille que sa mère avait reconnue à sa place durant son séjour au Québec. Ou comme les femmes que son père fréquentait dans le dos de sa mère et pour qui elle servait d'alibi enfant... Nous allons revenir sur ces éléments déterminants dans le noyau paranoïaque féminin de notre patiente, car en effet, nous apprendrons au cours de l'entretien – fortement catalysé par la présence de notre stagiaire - des éléments sur lesquels nous revenons juste après...

Dans le logement que Catherine occupe depuis trois ans et lorsque nous la rencontrons, il s'agit d'une banlieue pauvre, dont la population est majoritairement d'origine étrangère ou française mais conservant des cultures issues de leurs origines. Or, Catherine semble paradoxale car elle use de termes tels que « les Turcs » pour désigner ses voisins du dessous ou « les arabes » pour d'autres mais se défend de tout racisme, « au contraire » !

Lors de l'entretien, où nous avons indiqué qu'il y avait exceptionnellement la présence d'une stagiaire venant cristalliser un transfert fort de la part de Catherine à son égard, nous avons saisi, à partir d'une gymnastique dialogique périlleuse avec la patiente, la raison pour

laquelle elle avait emménagé dans cette banlieue. Son appartement se situait à 100 mètres de celui de XX son ancienne collègue RH, une brune aux cheveux longs... Catherine ne reviendra plus jamais sur cette question.

Ce jour-là, Catherine s'est embarquée dans le récit en n'évoquant pas du tout cette femme au départ. Elle nous amena sur un terrain sur lequel elle ne nous avait jamais conduite auparavant, et pourtant non des moindres, la société dans laquelle elle avait travaillé pendant 8 ans. Elle l'évoqua, par une association qui nous a échappé tant son discours était logorrhéique mais par ailleurs cette excitation et perte de cohérence dans le discours fut le premier indice pour nous sur le fait que nous touchions à une question / un fantasme primordial et originaire au sens de Bergeret (2012).

Catherine avait également caché tout ce pan de sa vie professionnelle au sein de cette entreprise en bâtiments publics à ses thérapeutes, il nous semble que la ressemblance avec notre stagiaire a vraiment été l'élément de transfert du réel qui a permis à la sphère imaginaire de se déployer, dans sa dialectique certes, délirante. Catherine a évoqué une chef qui lui aurait causé de nombreux problèmes, ayant lu le cas de paranoïa, publié et travaillé en deux fois par Freud (1915,1920), nous avons cherché si une figure féminine se cachait derrière les portraits d'hommes menaçants et persécutants qu'elle dressait. En effet, s'est déployé à ce moment-là tout le fantasme. Des échanges de nature « anale » existaient entre elles (Catherine lui prêtait son nom pour acheter une tv et lui éviter de payer la redevance entre autres choses), qui étaient amies dans un premier temps. Mais leurs relations se sont dégradées, plusieurs années après, lors de l'évocation de cette femme, nous avons ressenti toute l'excitation que cela provoquait en Catherine, provoquant en nous le besoin de la contenir. Il semblerait, eu égard de la fin de son récit, qu'elle réussit à faire renvoyer cette femme. Nous n'en avons pas su plus, ni ses thérapeutes car elle n'évoquera plus jamais cette question, et resterons prudente pour éviter de faire flamber son noyau paranoïaque dans son rapport à sa personnalité...

Son père est décrit par elle comme un « pervers narcissique ». Il a émigré de Sicile avec sa famille à l'adolescence, il avait plusieurs frères et soeurs. Mais celui qui semble tenir le plus de place est son grand-père paternel que Catherine décrit comme un homme très froid et d'ailleurs, elle évoque « sa cave » régulièrement en entretiens comme un endroit redouté enfant. Cette cave ses cousines et elle en avaient très peur. Nous n'orientons jamais les entretiens, Catherine se livre d'elle-même si bien que les liens se sont établis au fur et à

mesure. Elle dit de son père « qu'il aurait des tendances pédophiliques », il aurait tenté de lui mettre un suppositoire lorsqu'elle avait une dizaine d'années et lui mettait de la crème sur le corps, elle s'y est opposée. La question du suppositoire n'est pas sans venir renforcer notre analyse de l'angoisse de morcellement par pénétration anale fortement imprégnée dans son Rorschach. De même qu'au cours d'un récit d'enfance, un jour, elle nous confiera que le fils de sa nourrice lui aurait très tôt imposé des rapports sexuels par sodomie... Nous avons réellement saisi, ce jour-là, que la problématique n'était pas névrotique, dans le sens où nous n'avons en rien ressenti la culpabilité exprimée et vécue par la victime névrosée, mais seulement une implacable froideur teintée d'une certaine désinvolture par rapport à la gravité des faits et le fait que nous l'ayons relevé n'y a rien changé. Elle est passée à un autre sujet et ses thérapeutes nous ont indiqué qu'elle n'est pas revenue dessus avec eux non plus.

Ce qui a continué à nous confondre en erreur dans l'appréhension que nous faisons du psychisme de Catherine tient à ce que le versant maternel semblait moins toxique, son grand-père maternel était un homme « très bon » selon elle. Nous avons tenté de retravailler le versant de cette lignée familiale mais Catherine semblait bien plus fascinée et préoccupée par le côté dirons-nous « sicilien », qu'elle méprise pourtant.

Catherine nous relatara un fait important : lors de sa jeunesse, son père lui aurait indiqué (alors qu'elle portait de longs cheveux) que les femmes avec de longs cheveux étaient « idiotes » alors Catherine se coupera les cheveux ; mais lorsque son père le découvrit il lui indiqua que « les femmes avec les cheveux longs sont plus intelligentes »... Il semblerait qu'elle ait été également soumise à des sévices psychiques comme celui-ci (injonctions paradoxales destructurantes).

« La spécificité de la compulsion de répétition consiste donc à répéter, sous différentes formes et sans en avoir conscience, le même contenu. » (Green, 2012, p. 130). Les événements se répètent sans cesse dans tous les logements qu'a occupés Catherine et elle a l'impression de vivre sans cesse avec « *des tarés* », depuis son enfance. Les maisons, les appartements successifs, son intimité, qui devraient être des lieux de sécurité seraient en fait des lieux « dangereux ».

Durant son enfance, Catherine a été barricadée chez elle. Harcelée par téléphone « *toutes les 5 minutes* » par sa mère pour vérifier sa présence à la maison. Elle était surveillée par les

voisins également qui la harcelaient et rapportaient tous ses faits et gestes à sa mère. Elle a rejoué cela pendant des années avant de trouver un espace de parole au CMP. Elle a même imaginé s'engager dans la sécurité pour surveiller par caméra, ce pour quoi nous l'avons soutenue, mais finalement les tests techniques sportifs lui ont posé problème à cause de ses douleurs articulaires (fibromyalgie). Ses contrats sont renouvelés au sein de l'institution pour laquelle elle travaille actuellement, même si se met en évidence, d'ores et déjà une rivalité avec ses collègues, qu'elle semble apprendre à contrôler depuis son travail psychothérapeutique.

Conclusions

Nous orientons le diagnostic bifocal (projectif et clinique) vers une organisation de la personnalité paranoïaque qui tendait à décompenser en raison des avatars du passé mais qui semble trouver une certaine stabilité psychique avec la prise en charge psychothérapeutique. Le noyau homosexuel a été, nous semble-t-il, clairement démontré, comme à la fois venant organiser le psychisme, car permettant de le circonscrire à une unité, mais par ailleurs comme pouvant être la source d'une effusion éruptive soudaine et violente venant du Ça.

À l'issue de cette analyse nous n'avons pas travaillé la question de la fiabilité de l'indicateur de la représentation de soi ou même de son intérêt pour mesurer la qualité d'une prise en charge thérapeutique sur plusieurs mois car nous nous y attèlerons dans l'étude longitudinale.

Analyse transféro-contre transférentielle

Comme nous l'avons indiqué, nous ne pouvions, ne voulions pas diagnostiquer Catherine de paranoïa car des éléments traumatiques (écran) et hystéroïdes (défenses superficielles) nous donnaient à voir ce que nous aurions préféré pour elle. Il n'est jamais aisé de poser un diagnostic de psychose. Cela demande de faire un deuil, surtout lorsque que comme tout structuraliste, nous pensons que le passage vers une organisation plus « aboutie » ne se fera jamais dans le sens où les fenêtres temporelles sont dépassées (stades de développement libidinaux d'Abraham et de Freud, repris par Bergeret en 1974).

À ce propos, le premier diagnostic de schizophrénie que nous avons dû poser a été une réelle épreuve pour nous en master I, d'autant plus qu'il s'agissait d'un jeune homme qui

avait un niveau d'étude élevé et pour qui rien ne laissait présager une si grave décompensation psychique.

En ce qui concerne Catherine et la paranoïa féminine en général, ce que nous avons pu découvrir au cours de cette recherche tient à ce qu'elle est beaucoup plus rare que la paranoïa masculine, mais bien existante.

Nous avons été actives dans la prise en charge de Catherine, même si ses thérapeutes, le psychiatre et l'infirmière, nous consultaient régulièrement et que nous rencontrions Catherine parfois pour faire le point sur l'avancée de la thérapie. Au bout d'un an de prise en charge, nous l'avons rencontrée dans ce contexte (notre stagiaire installée derrière nous (moi) observait dans le cadre de son stage de professionnalisation), le double diagnostic posé à l'aveugle, par le Professeur De Tychey et moi-même était déjà établi, mais je ne l'avais pas transmis à l'équipe car je gardais un droit de réserve, refusant d'accepter ce « couperet diagnostic ». Voulant voir en elle, une potentielle future résiliente de structure névrotique ayant été victime d'abus sexuels dont les traits paranoïdes seraient la conséquence bruyante (questionnements sur la différence entre fonctionnement et structure à cette époque) ... Mais ce n'est pas tout. Nous pensons que nous n'avons pas vu, ou plutôt pu voir/observer/prendre conscience de la valence homosexuelle dans la dynamique transférentielle dans laquelle nous nous situions.

Mais surtout, nous ne voulions pas « voir » (et la pulsion scopique est évoquée, oui !) les échanges/transactions narcissico-homoérotique entre notre patiente et nous. Ni ce qu'elle voyait en nous, brune aux cheveux longs... Nous y travaillons, mais nous refusons désormais d'être « belle et de nous taire » et assumons une forme d'ambivalence bisexuelle psychique.

Je n'ai pas pu saisir la dynamique sous-jacente homosexuelle avec la patiente avant que la belle stagiaire aussi aux cheveux bruns ne soit là, certainement plus disponible psychiquement pour se faire support des projections de Catherine à ce moment-là et permettre de mettre en évidence son noyau paranoïaque.

La paranoïa masculine est plus simple à négocier sur le plan transférentiel pour nous car il nous suffit de jouer un rôle plutôt paternel (d'écran)... Que l'on connait sur le bout des doigts. Même s'il faut au cours de la thérapie se laisser désidéaler en tant que figure maternelle.

SECOND CAS CLINIQUE EXEMPLAIRE : JOSEPH

UNE ORGANISATION SCHIZO-PARANOÏDE

DISSOCIEE

Joseph 57 ans regroupe tous les symptômes habituellement attribués à la schizophrénie paranoïde dans la nosographie psychiatrique traditionnelle française :

-Hallucinations auditives et visuelles

-Délire de persécution

-Dissociation de la pensée qui s'exprime notamment dans le discours par exemple par des passages « du coq à l'âne ».

Il a reçu le diagnostic de schizophrénie paranoïde depuis une quinzaine d'années dans le service de psychiatrie où nous l'avons rencontré.

Concernant le diagnostic attribuable par le modèle Anglo-Saxon psychiatrique, ce cas est complexe car dans le DSM-IV (A.P.A., 1995), Joseph ne pourrait même pas recevoir le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde car son discours est désorganisé et que les idées délirantes ainsi que les hallucinations sont centrales dans le tableau clinique de Joseph. Dans cette version du DSM-IV (A.P.A., 1995), la schizophrénie paranoïde s'inscrit au sein de la section « schizophrénie et autres troubles psychotiques » (Ibid., p. 321 de la version française). Les auteurs de cet opus écrivent : « la définition la plus étroite de *psychotique* se limite à l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées, les hallucinations survenant en l'absence de reconnaissance de leur caractère pathologique » [les auteurs évoquent la question de l'insight] (Ibid., p. 321). Ce à quoi les auteurs de l'opus du DSM-IV (A.P.A., 1995) écrivent à propos de la schizophrénie, plus spécifiquement :

Dans la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le Trouble schizo-affectif et le Trouble psychotique bref, le terme psychotique se réfère à des idées délirantes, des hallucinations prononcées, un discours désorganisé, une affection médicale générale... (Ibid., p. 321)

Dans cette même section, les auteurs du DSM-IV (A.P.A., 1995) distinguent différents sous-types de schizophrénie dont le premier, celui qui nous intéresse dans la situation clinique de Joseph : F20.0x [295.30], le « Type paranoïde » (*Ibid.*, p. 337). Ce sous-type est décrit par une caractéristique essentielle qui est la : « présence d'idées délirantes ou d'hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect » (*Ibid.*, p. 337). En plus de ce critère dit essentiel par les auteurs de l'opus IV du D.S.M. (A.P.A., 1995), indiquent que « les idées délirantes peuvent être multiples, mais s'organisent en général autour d'un thème cohérent » (*Ibid.*, p. 337). En outre, nous retrouvons ce critère actuellement, depuis 2012 (DSM-5) dans les troubles délirants de la personnalité (DD) au sein du spectre schizophrénique, comme nous l'avons indiqué à l'occasion du tableau clinique de Catherine ou encore à travers l'historique de la nosographie déployé en partie II de cette recherche. Voici le tableau proposé par le DSM-IV (A.P.A., 1995, p. 338 de la version française) du type paranoïde de la personnalité :

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU F20 .0x [295.30] Type paranoïde

Un type de schizophrénie qui répond aux critères suivants :

- A. Préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes
- B. Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abasé ou inapproprié

Il nous semble hérétique de penser qu'une personnalité d'organisation schizo-paranoïde puisse avoir un discours organisé associé à l'abrasement d'un comportement désorganisé. C'est ainsi, en explorant cliniquement et plus précisément ces catégories cliniques que nous venons valider l'hypothèse du tableau (p.) issu en partie de la thèse de Levy (2015) et mettant en évidence un glissement de la paranoïa depuis le DSM-IV dans la schizophrénie.

Toutes ces données contradictoires nous poussent à proposer un diagnostic de schizophrénie indifférencié dans le DSM-IV (A.P.A., 1995), ainsi qu'un diagnostic de schizophrénie dans le DSM-5 (2013) ; mais un diagnostic de schizophrénie paranoïde dans la nosographie psychanalytique structuraliste bergerétienne (Bergeret, 1974). Nous allons donc amener les arguments cliniques et projectifs allant dans ce sens au fil de la présentation de ce cas.

Dans le diagnostic Anglo-Saxon, nous l'avons mis en évidence, nous ne pouvons pas prendre en compte la dimension paranoïde au sein du diagnostic (à cause de la désorganisation du discours et du comportement) ou alors seulement en tant que facteur de comorbidité associé (mais pas comme faisant partie intégrante de l'entité nosographique). Pourtant ce point est essentiel dans le vécu interne et dynamique du patient, Joseph soupçonne constamment que des complots se montent contre lui (de sa curatrice, de ses soignants), arrivant à un point, où sa femme et lui refusaient d'ouvrir la porte de leur appartement aux équipes en visites à domicile (VAD dans le jargon psychiatrique). Leur appartement était dans un état inadmissible, nous citons notre collègue : « de délabrement et d'insalubrité indigne d'un lieu de vie pour des êtres humains », il semblerait notamment que le parquet soit jonché d'énormes trous rendant le logement insalubre mais aussi dangereux. L'équipe infirmière a contacté les services de la ville pour gérer ; mais ces situations sont très complexes, nous n'entrerons pas dans les détails psycho-sociaux et préférons centrer notre analyse sur la dynamique psychique de notre patient. C'est seulement suite à ces événements que nous avons rencontré Joseph pour un bilan, alors que sa femme et lui venaient d'être ré-hospitalisés.

Comme nous allons tenter de le démontrer, nous pensons pouvoir convenir, au regard de la théorie structuraliste analytique bergerétienne d'une personnalité d'organisation schizoparanoïde et non d'une organisation paranoïaque même si beaucoup d'éléments symptomatiques vont dans ce sens (« folie à deux, délire de persécution, etc.) ; seulement nous avancerons des contre-arguments cliniques issus de la mise en évidence d'une dynamique psychique allant dans le sens d'une schizophrénie paranoïde grâce à l'analyse du projectif et du matériel clinique. Nous convenons donc, comme les auteurs des deux derniers opus du D.S.M. (1995, 2013) qu'il ne s'agit pas d'une paranoïa, mais nous déplorons le fait que ce tableau ne puisse s'inscrire dans une entité schizo-paranoïde puisque celle-ci dans le DSM-IV se confondait avec la paranoïa et qu'elle a disparue du DSM-5 mais s'est déguisée sous le format de l'entité « troubles délirants ».

La plupart du temps les troubles délirants du DSM-5 peuvent correspondre à la paranoïa pure freudienne et post-freudienne psychanalytique comme nous le montrons à travers le cas de Peter soumis à une revue anglo-saxonne (Prudent, Husain, Kleiger, De Tychev, 2018).

Mais dans le cas ci-dessous, nous ne sommes pas favorables au diagnostic de troubles délirants comme nous l'avons démontré précédemment dans l'introduction, disons nosologique, du cas.

Joseph a une emprise forte sur sa femme d'après l'équipe soignante (ils sont mariés depuis une dizaine d'années). Sa femme est diagnostiquée pour sa part de psychose sans orientation diagnostique plus spécifique et suivie, tout comme Joseph, par les services psychiatriques du pôle adulte où nous exerçons. D'après les infirmiers qui réussissaient à créer un lien suffisamment fort avec le patient pour que ce dernier les autorise à entrer dans leur logement, la patiente était parfois attachée par son mari, ou encore, ce dernier lui interdisait totalement de sortir pendant des semaines entières. Mais cette dernière a toujours exprimé « aimer son homme » et ne rien vouloir entendre de ces « histoires ».

Nous ne savons que peu de choses sur le passé lointain de Joseph, il semblerait effectivement qu'il ait décompensé suite à son activité dans l'armée et qu'il soit allé aux combats pour la légion étrangère. Il a une enfance décousue balloté entre les orphelinats et les familles d'accueil, qui nous devons le dire (avec l'image des « Misérables » en tête bien qu'anachronique) intéressées en ce temps-là et exploitantes, raison qui l'a, d'après lui poussé à s'émanciper très tôt. Il apparaît comme un trou dans son histoire durant son immersion dans l'armée. Puis, récupéré par les services psychiatriques, il est suivi maintenant depuis une vingtaine d'années avec des allers-retours sur des périodes de moyens séjours entre un logement personnel et l'intra-hospitalier.

Effectivement, le couple fait des allers-retours entre les phases d'hospitalisation et les phases de vie dans leur logement (réhabilité depuis), permettant de conserver une alliance thérapeutique avec un patient au premier abord pouvant être « explosif » et « imprévisible », en plus d'être imposant (1m85 ; d'énormes mains ; le visage couvert de cicatrices ; etc.) et d'avoir une voix très grave qui porte.

Lorsque nous l'avons rencontré, lors des entretiens de recherche et de la passation du test de Rorschach, Joseph était fâché contre l'institution, il était hospitalisé dans un autre service que sa femme et exigeait de la rejoindre. Ils ne pouvaient souffrir l'un et l'autre d'être séparés ; quoique ces revendications semblaient provenir plus de lui à ce moment-là, car sa femme se « refaisait une santé » dans le service où elle était hospitalisée, comme le temps

d'un soupir dans sa condition (de réification ?), choisie par elle... Il a cassé une vitre ; pourtant en plexiglas, pour la rejoindre un soir mais les « gorilles » de l'hôpital l'ont récupéré alors il avait une nouvelle balafre lors de notre rencontre. À une autre occasion, lorsque nous arrivions pour terminer le bilan psychologique de Joseph, nous avons eu la chance de le rencontrer avec sa femme, tous les deux étaient assis sur un banc devant le service. Il semblait bien plus heureux, et tenait sa femme (beaucoup plus petite que lui) par l'épaule. Elle était quasi-mutique bien que semblant quelque peu agitée et presque agressive. Ils fumaient une cigarette et parlaient des « millions de Mr sur un compte, bloqué par sa curatelle » (d'après les infirmiers ce n'est pas totalement faux, sa curatelle bloquerait tous ses sous). Il nous a demandé de saluer Mme XX (sa femme) et de « *lui faire mes plus grands hommages* »... Il a pris des airs de grands seigneurs et s'est engagé avec moi dans la salle d'entretien.

Nous ne savons pas si Mme X adhère aux délires de Joseph, mais d'après nos collègues infirmiers, qui effectuent les VAD, elle entrerait souvent en résonance avec les idées de son mari. Elle est complètement effacée et semblerait penser que tout ce que Joseph dit relève d'une forme de parole « divine » et « absolue » ne pouvant souffrir la critique.

Les entretiens avec Joseph sont compliqués car il est très délirant. Voici un extrait de l'entretien :

« Après j'ai atterri à X (l'hôpital psychiatrique). J'ai un brevet de médecine. A l'armée je ressuscitais les morts. Sur ce brevet c'était marqué Dr Tout Puissant. »

D'après ses dires, Joseph est le père de nombreux enfants :

« Des enfants j'en ai partout. J'ai gagné aux jeux et au casino et j'ai envoyé à ces femmes de l'argent. Ils me voulaient de l'amour. Comme une bande de femme ».

Joseph a rejoint la légion étrangère lorsqu'il avait vingt-ans, c'est une période qui prend une place importante dans son discours et dans son délire :

« J'ai eu des histoires j'ai été en prison, je ne sais même pas pourquoi. J'ai fait la guerre en Afrique, en Guyane. 15 ans dans la légion. (Nous parle d'un bébé égorgé, de cauchemars, de crises d'épilepsies). Voilà l'histoire pourquoi je suis malheureux et pensif. A l'armée ils m'ont pardonné, les curés. Ils m'ont donné des drogues et en moi il y avait 200 300 personnes. Je peux tout faire, je peux tuer toute une ville à moi tout seul. (À nouveau

mégalomanie). *On m'a donné l'ordre de tuer la moitié d'un village moi-même, j'ai tué 600 personnes à moi tout seul. »*

Traitement neuroleptique par injection (Risperdal)

<p>Planche I :</p> <p>3''</p> <p>1. Là je vois une chauve-souris là tout noir, les ailes sur le côté.</p> <p>2. Je vois deux couples qui s'embrassent, là les deux têtes de côté, en bas ils sont collés l'un et l'autre. Là je vois un couteau, comme si ils se tapaient dessus, les bonhommes ont les deux mains là, l'autre lui tape dessus, les amoureux qui s'embrassent, le bonhomme comme si c'était un ange.</p> <p>3. Je vois en bas un brochet ou une baleine qui mange, du côté du trou. En bas rien, comme si il s'était coupé les deux pieds en bas. On dirait qu'en bas il lui reste juste un pied.</p>	<p>G</p> <p>D médian</p> <p>Dd</p> <p>Dd</p> <p>Dd/bl</p>	<p>G- FC' A (Ban)</p> <p>D K- H/(H)/Obj Ref Phal Rem Lien Contam</p> <p>Dd/bl Kan A/Hd Contam</p> <p>defect</p>	<p>Affects dépressifs</p> <p>Mécanisme de dédoublé non pas narcissique mais psychotique</p> <p>Ref Phal agressive</p> <p>Kinesthésie paranoïde délirante...</p> <p>Projection délirante</p> <p>Idéalisation</p> <p>Découpe étrange</p> <p>Télescopage animal/humain</p> <p>Equivalence arbitraire</p>
---	---	---	---

1'56''			<p>psychotique...</p> <p>kan à valence régressive orale dépendante. Projection d'un fantasme de morcellement</p> <p>Dynamique régrédiente</p>
<p>Planche II:</p> <p>5''</p> <p>4. Là ils dansent c'est un couple qui danse, on voit les deux pieds là et là ils se tapent dans les mains et ils dansent, on voit deux mains là, on dirait qu'ils ressemblent à des arabes, à une casquette (D rouge) on dirait que c'est des arabes de riches</p> <p>5. Au milieu on peut voir de loin comme une soucoupe volante, on voit le feu qui monte en bas, comme une fusée qui s'ouvre en bas, le rouge. Soucoupe volante dans le blanc, en bas il y a les flammes, le rouge en bas, il monte en l'air</p> <p>1'44</p>	<p>DG</p> <p>D lat. noir+ D rouge+blanc</p>	<p>DG KC H/Obj → Contam</p> <p>D/bl KobCC' (Obj)/ Elem</p>	<p>Kinesthésie de nature maniaque antidépressive</p> <p>Projection de la pulsionnalité violente qui met à l'épreuve l'unité...</p> <p>Inversion forme/fond</p>

<p>centre Afrique mais moi j'étais le seul pas cannibale. Ils m'ont mis des charges lourdes dans le dos, le toit du monde des astres. 2'45</p>	<p>D lat inf</p>	<p>Abstract</p>	<p>valence paranoïde</p> <p>Dynamique régrédiente</p>
<p>Planche IV :</p> <p>4''</p> <p>9. Là je vois un Hercule, pour moi c'est tellement forte avec deux bracelets qui tirent quelque chose de lourde avec la tête au milieu qui soulève quelque chose, on voit les gros pieds là et là qui soulèvent quelque chose.</p> <p>Bah oui je me disais bien, les chaussures la tête... Un Hercule comme si il arrachait un arbre. 1'09''</p>	<p>G</p>	<p>G+ K (H)/ Obj/(Bot)/ Obj Ref Phal</p>	<p>Projection d'une toute puissance mégalomaniaque</p>
<p>Planche V :</p> <p>4''</p> <p>10. Ça c'est plutôt une chauve-souris toute puissante. L'incarnation existe, la bible le dit. Moi j'ai tué les chauve-souris. J'en ai tué au moins 9000 à moi tout seul.</p> <p>43''</p>	<p>G</p>	<p>G- F- A (Ban)/ Confab/ Ref Perso</p>	<p>Projection d'une toute puissance mégalomaniaque</p> <p>Projection délirante mégalomaniaque</p> <p>Dynamique régrédiente</p>

<p>sais pas une danse</p>	<p>qu'elle les soulève, on dirait un petit homme qui soulève tout ça pour les soulever en l'air. Le bon dieu ou un papillon volant, de la coupure là à la coupure là. (D inf)</p> <p>Là un papillon volant de toutes les couleurs. (G)</p> <p>Les indiennes elles se font la tête elles tournent la tête. Les papillons font la guerre en l'air, ils volent en l'air et il va sous les arbres et il le tue en bas, le papillon va tuer tout le monde.</p> <p>2'29</p>	<p>Rep. Ad : (G KanC arb A)</p>	<p>Projection du morcellement à l'enquête</p> <p>Verbalisations délirantes à l'enquête.</p> <p>Projection délirante</p> <p>(Déni) Déni maniaque de la dépression face à la symbolique maternelle... ?</p> <p>Kinesthésie paranoïde thématique de la destruction.</p> <p>Le Ça prend le pas sur le principe de réalité++. Violence fondamentale non intégrée à la libido</p> <p>Télescopes il/ils/il</p>
<p>Planche VIII :</p>			

<p>joli, ça fait joli la couleur.</p> <p>18. Et là ça peut présenter un homme qui boit qui mange qui a porté un couteau ou un sabre derrière la rangée là. Qui mange des glaces peut-être.</p> <p>19. Le blanc on dirait plutôt un phoque ou un aigle. L'arrondi à côté le bec.</p> <p>2'15''</p>	<p>D vert</p> <p>Dd/bl <i>équivalence à nouveau complètement arbitraire psychotique</i></p>	<p>Rem C+</p> <p>D K- H Contam</p> <p>Dd/bl F- A/A/Ad Ou Ref Phal</p>	<p>Kinesthésie de posture (à valence orale) puis mouvement paranoïaque</p> <p>Inversion forme/ fond.</p>
<p>Planche X :</p> <p>5'' 20. Là on voit un long gendarme avec une tête haute, avec une casquette jusqu'à la moitié du plafond, un homme avec un long chapeau.</p> <p>On voit une fille en train de jouer à l'harmonica.</p> <p>21. L'autre il danse c'est le diable, les deux pieds en bas ou soit déguisé en violoniste.</p> <p>22. Là on dirait une araignée. Dans les pièces je peux courir vite comme les araignées et je peux creuser le plafond, le</p>	<p>D gris sup</p> <p>(Ne retrouve pas la localisation de la réponse)</p> <p>D Brun inf</p>	<p>D F-H/Obj</p> <p>Non cotable, non permanence de l'objet</p> <p>D K- H/H Ou</p>	<p>Troubles du langage, télescopage tête/plafond.</p> <p>Projections délirantes à valence menace externe</p>

bois et me retrouver chez le voisin. 2'11	D bleu	D F+ A (Ban) Ref Perso Confab	
---	--------	----------------------------------	--

Planche la plus aimée PIII : c'est celles aux longs cous que je préfère car ce sont des vierges qui ont un long cou, la sainte vierge noire. Des femmes noires j'en ai fait l'amour, j'ai donné des enfants mais pas les longs cous, les longs cous on les respecte. Les soldats ils pleurent quand ils voient ces femmes. On les envoie à la guerre jeunes tout bambins.

(Nous explique qu'il chantait une chanson qui fait se suicider les gens)

Planche la moins aimée : le diable (X)

Planche du Moi : (IV) plutôt l'homme fort, c'est aussi Hercule par incarnation

Planche de la mère : ma mère c'est aussi ça long cou, c'est aussi la vierge (III)

Planche du père : plutôt vampire, les chauve-souris (V)

Psychogramme résumé :

R= 22 ; T= 1002'' ; T/R= 40,09 :

F%= 36 ; F+%= 31% ;

G%= 13 ; G+%= 9 ; D%= 44 ; D/bl%= 20 ; Succession= 1 ; TRI intro ; FS intro ; RC%= 36 ; A%= 28 ; A% entier= 28 ; 7/0 ; H%= 40 ; H% entier= 36 ; 9/1 rapport respecté.

Ban= 0 ; IA%= 0 ;

K=- 6 ; KC' ; KC ; kan=1 ; kobCC' =1; kob CE=1 ; Ref Perso= 4 ; Devit=2 ; Abstract= 1 ; Confab=3 ; Defect= 3 ; Rem lien : 2 ; Contam= 5 ; (Ban)= 4 ; Ou= 1

N.B. : Dissociation schizo-paranoïde tout au long du Rorschach non abrasée par la chimiothérapie.

Analyse du test de Rorschach

Les projections délirantes sont très nombreuses et infiltrent totalement le protocole. La qualité formelle des réponses est de très mauvaise qualité (F+ %= 31) et vont dans le sens d'une organisation de la personnalité où le Ça prend totalement le pas sur le principe de réalité.

[Planche X, réponse 22] « *Là on dirait une araignée. Dans les pièces je peux courir vite comme les araignées et je peux creuser le plafond, le bois et me retrouver chez le voisin* » La banalité ne tient pas et le déni ainsi que la construction délirante prennent le relai.

Le nombre de contamination élevé vient également renforcer le constat, mettant en évidence des troubles de la pensée, relevant, selon notre modèle, nous le rappelons des mécanismes de défenses rigides et invasifs. Le déni massif repérable à travers les projections délirantes (le F+% très bas témoigne aussi du déni de la réalité), comme par exemple à la planche III dont les réponses suivantes illustrées comme des exemples, traduisent de graves troubles identitaires :

[Planche III, réponse 7] : « *Là au milieu c'est des papillons* » (D rouge médian)

[Planche III réponse 8] : « *des bébés pendus* » (D rouge sup)

La réponse 7 traduit le dédoublement psychotique selon Husain et al. (2017) car Joseph projette plusieurs papillons à la place d'un seul puis la réponse 8 traduit un fantasme originaire où la violence fondamentale n'a pas été intégrée à la libido, propre à ce que Bergeret (2012) mettait en évidence et repris dans les travaux de De Tychev (1984) à travers son illustration au Rorschach.

La qualité des liens à la réalité est moins bonne que celle repérée dans le protocole de Catherine, patiente d'organisation paranoïaque. Les contenus ne tiennent jamais, ils sont systématiquement accompagnés de télescopage des règnes, de verbalisations traduisant le

haut degré de confusion identitaire. La valence mégalomane de Moi, témoigne malgré tout de la tentative désespérée de quête pour retrouver une unité sur le plan narcissique, malheureusement ces constructions versent directement dans une néo-réalité délirante.

Les nombreuses régressions orales, contrairement aux régressions anales repérées chez Catherine, constatées à travers les contenus alimentaires et les kinesthésies faisant appel à un registre de cette nature viennent marquer la fixation à ce stade.

[Planche III, ajouts à la réponse 6] « *Au milieu on dirait ils sont coupés, le bas comme si c'était le bois qui chauffe le manger qui font des pattes parce qu'il est cannibale* »

Cette réponse illustre selon nous, d'une part le dédoublement psychotique, ou ce que nous nommons la dissociation en termes bergerétien, mais aussi, et dans un second temps, un fantasme d'introjection archaïque pathognomonique au test d'un registre schizophrénique. Aucun patient d'organisation paranoïaque n'a donné cette réponse (cannibale planche III) contrairement aux patients d'organisation schizophrénique, nombreux à l'avoir donnée.

Comme dans un vrai fonctionnement d'organisation schizo-paranoïde, l'espace imaginaire n'est pas abrasé (et cela même malgré la chimiothérapie certainement bien adaptée par le médecin psychiatre qui recherche un équilibre) et le F % ou le nombre de réponses en témoigne mais également les 11 kinesthésies (dont 9 grandes kinesthésies).

Cependant, contrairement à la personnalité d'organisation paranoïaque, le noyau délirant n'est pas circonscrit par le registre anal à une entité (le grand Autre ?), mais épars, aléatoire, incohérent. Les kinesthésies sont toutes délirantes, pas une seule ne tient. Elles sont quasiment toutes de nature paranoïde mais très fortement imprégnées par une valence de destructivité intense.

L'angoisse de morcellement par destruction/éclatement apparaît comme le point central de cette organisation et les réponses traduisant le morcellement de l'image du corps sont nombreuses pour en témoigner, ainsi par exemples les réponses suivantes :

[Planche VIII, réponse 15] : « *Les dessins dessus un crocodile dessiné, les pieds là et là et là (autre côté) c'est pareil la tête, la mâchoire mais les crocodiles lui ont coupé la tête* »

Contrairement à Catherine (T1=35 %) d'organisation paranoïaque, le pourcentage de réponses traduisant une unité de la représentation de soi est très faible (14 %), associé à un

G+ % également effondré (9 %), venant appuyer les données qualitatives et mettre en évidence des assises narcissiques très fragiles et l'incapacité à construire une représentation de soi entière qui tienne mais au contraire, une personnalité dissociée et très précaire.

Le nombre de banalité (0) indique une incapacité totale à recourir au refoulement selon le critère posé par Schafer (1954) et la prépondérance bruyante du recours à des mécanismes primaires projectifs et traduisant également l'effondrement de l'adaptation sociale conventionnelle que l'on peut déjà inférer à partir de la chute du A%. Contrairement à l'organisation paranoïaque, nous n'observons pas de capacités à solliciter des mécanismes intermédiaires comme l'emprise perverse, la dénégation, ou le recours à la réalité puisque la néo-réalité s'étend sur tout le champ. Le Moi, lorsqu'il n'est pas noyé dans les irruptions du Ça, se montre extrêmement fragile par les productions mégalomaniaques tendant à venir pallier à cette fragilité mais échouant systématiquement car trop peu ancré dans le réel et dissocié trop profondément. La circonscription à une figure homoérotique n'est pas envisageable, ici c'est un registre autoérotique qui régit. Comme Freud l'écrivait à Bleuler au moment de leur discussion sur la schizophrénie (2016), le repli autistique correspond à un désinvestissement total des objets internes pour un repli sur le Moi. Le Moi ne tient pas dans ce cas-là sous la pression du Ça, comme le met en évidence ce protocole. Le développement psychogénétique est bien plus faible que celui du sujet d'organisation paranoïaque, qui par son fantasme homoérotique parvient à maintenir un registre et des échanges (certes des transactions de nature anale) objectaux.

Enfin, il existe parfois des mouvements de défense maniaque antidépressifs dans certaines kinesthésies (PII, PVII) traduisant peut-être son incapacité à être seul au sens winnicotien...

Analyse clinique

Comme nous l'avons indiqué, Joseph était loggorhémique lorsque nous l'avons rencontré à deux reprises dans le cadre du bilan psychologique. Son discours était désorganisé en entretien comme dans le verbatim du test, mais il conservait une certaine capacité d'adaptation dans le sens où il semble maîtriser tous les rouages de l'institution et sait comment obtenir ce qu'il souhaite.

Ce qui aurait pu, au départ, s'apparenter à une « folie à deux », et nous a intriguée, mais ne l'était sûrement pas. Les délires de Joseph ne sont pas suffisamment construits pour

permettre tangiblement à une autre personne d'accéder à ses délires d'interprétation et dans le sens aussi où les attaques peuvent provenir de partout contrairement à la paranoïa où le persécuteur est circonscrit (comme le rappellent de nombreux auteurs projectivistes suite aux écrits de Racamier, 1992 ; Husain et al., 2001 ; Azoulay, 2007, etc.). Chez Catherine le persécuteur, ou plutôt la persécutrice, conformément au modèle freudien (1915-1920), s'incarnait en sa collègue R.H., mais aussi en lien avec la jeune femme reconnue comme la fille de sa mère à sa place lors de son séjour au Canada. Joseph, a effectivement monté des constructions délirantes plus que d'interprétation (il a tué 500 personnes dans un village...), tandis que Catherine a monté tout un réseau logique, fondé sur une base erronée, autour de son ancienne collègue, près de chez qui elle s'est installée et vit encore (à 100 m nous a-t-elle dit la seule fois où elle l'a évoqué).

Joseph a eu une enfance dramatique, balloté de familles d'accueils en foyers, sans avoir pu rencontrer de figure identificatoire apparemment, ni même de soins primaires nécessaires à un développement psychique (psychico-corporel en ce très jeune âge) évolué, restant fixé à un niveau de développement libidinal de registre oral en référence au modèle bergerétien, comme nous avons indiqué que nous le démontrerions par l'expérience clinique. Nous projetons, post-thèse, et cela sera développé en conclusion, de recouper les facteurs étiologiques les plus saillants chez les sujets de notre échantillon. De Tychey et Dollander dans l'ouvrage *La santé psychologique de l'enfant* (2004) ont mis en évidence les postulats bergerétiens selon lesquels toute la période entourant la grossesse était primordiale dans la psychogénèse des psychoses. Il ressort également des histoires, d'emblée chaotiques chez les sujets de la lignée psychotique dissociée, sans faire de généralités. Dans le tableau clinique présenté, en l'occurrence c'est le cas : absence de figures parentales du fait de l'abandon précoce.

Le rapport de Joseph à sa femme, que nous allions faussement qualifier d'attachement, car il s'agirait plutôt de fusion, vient aussi mettre en exergue ce type de relation à l'objet retrouvé dans le protocole Rorschach. L'autre n'existe pas en dehors de soi, et sa femme, totalement effacée, que nous n'avons pas bilantée, souffre certainement d'un abrasement psychique tel, que Joseph peut certainement, par identification projective, gérer cette relation à son bon vouloir, sous l'impulsion d'un Ça débordant. Nous allons pour aller plus loin dans

l'analyse, questionner ce point de la topique freudienne à travers l'analyse de notre contre-transfert.

Analyse transféro-contre transférentielle

Nous avons entendu parler de ce couple par les infirmiers du CMP avec qui nous travaillions, si bien que lorsque nous avons appris leur hospitalisation, nous avons souhaité les rencontrer dans la mesure où, nous l'avons déjà indiqué, nous avons pensé à un tableau clinique de « folie à deux » probable, selon les descriptions faites des infirmiers qui effectuaient les V.A.D. (visite à domicile). Il est certain, que notre goût prononcé pour la psychopathologie, et que les écrits de Lacan et autres grands psychiatres nous avaient marqués concernant ces tableaux de délire à deux. En premier lieu le cas des deux sœurs Papins, considérées comme paranoïaques de manière consensuelle. La paranoïa est l'entité psychopathologique la plus passionnante au sortir de cette étude à notre avis car il reste encore beaucoup à comprendre sur elle, qui se prête peu à une investigation de recherche...

Alors évidemment, une forme de fascination c'était installée en nous depuis le temps que nos collègues nous parlaient de cette situation lors de nos échanges informels au C.M.P. Mais nous étions prévenue sur les risques de passage à l'acte hétéroagressif de Joseph et sur sa carrure imposante, donc c'est avec prudence que nous nous sommes présentée en intra-hospitalier pour le rencontrer. Nous fûmes déjà agréablement surprise de le croiser sur le palier du service, de discuter de façon informelle, sans savoir avec certitude qu'il s'agissait de lui. Car lorsque nous lui avons demandé s'il était Mr X, il s'est esclaffé qu'on « le laisse tranquille Mr X ! ». Alors après une tentative plutôt réussie de rattraper la situation (par l'humour si mes souvenirs sont justes), je me suis adressée à l'équipe soignante qui nous a présentés. Il a accepté notre rencontre car il indiquait me trouver bien sympathique.

Une fois seule dans la salle d'entretien avec un gigantesque monsieur, très agité, nous ne nous sommes pas particulièrement senties en insécurité ; nous étions seulement vigilantes à notre façon de nous positionner pour éviter de devenir une persécutrice. Nous avons permis à Joseph de déployer sa version de son anamnèse et un lien, curieux, certes, mais bien réel a semblé se créer entre nous. Sa façon de conter ses délires me fascinait toujours un peu, il est vrai, mais nous ne pensons pas qu'ils aient la possibilité d'être partageables tant la valence mégalomane (des centaines, des milliers, « je suis le pape », etc.) et déstructurée du

discours devrait permettre à n'importe qui, même aux autres patients du pavillon, de se rendre compte de l'imposture... Même si néanmoins, la réalité peut se superposer à la néo-réalité, et qu'il se peut que lors de son activité de légionnaire, Joseph ait commis des crimes de guerres ou même ait eu à exécuter des ennemis... Créant chez l'autre la fascination et l'emprise. Le sexe, la violence, la mort, sont des thématiques qui chez tout un chacun font écho aux pulsionnalités les plus archaïques de l'humain dans ce qui le constitue au niveau psychique et phylogénétique. Il s'agit, dans ces contextes, que nous comparerions aux contextes judiciaires, de se détacher d'une position voyeuriste pour appréhender la problématique essentielle du sujet lors de la rencontre. En l'occurrence une violence incommensurable, non métabolisée et qui réapparaît sous la forme de délires, comme des tentatives de symbolisation échouées d'une époque archaïque non éludée et directement transmissible dans le ressenti contre transférentiel.

Le plus impressionnant, aussi dans cette situation est l'absence totale de loi tangible ; même universelle, de l'interdit de la chronophagie, de l'inceste, du matricide, etc. ce que Racamier nomme l'AntOedipe (1992).

Or, lorsque nous sommes en présence de ces patients, quoi que forts, impulsifs, débordants – lorsque nous laissons de côté les avatars contre transférentiels pour les laisser agir sur notre Moi (Searles, 1969), nous ressentons le besoin de les envelopper symboliquement de nos bras. Les barrières de pare-excitation, issues des feuillets du narcissisme, sont poreuses et les techniques développées actuellement au C.H. de Jury-lès-Metz de « packing » visant à remodeler, renforcer les enveloppes psychiques nous semblent correspondre au travail que nous faisons, même dans la posture de chercheur dans ces situations. Sinon, il nous semble qu'en abordant des problématiques aussi délicates, sans un minimum de don de soi, par une forme d'enveloppement psychique, rien de concret ne pourrait émerger. Nous sommes contraints de « contenir » le patient même si ce terme générique ne nous convient pas, il s'agit d'absorber ses pulsions jetées là devant nous. C'est là où finalement nous avons compris, avec ce type de patients, que l'accès à la vérité psychique de tout un chacun passait par l'écoute, la mise à l'écoute au profit du sujet psychotique dissocié de ce qui chez le névrosé est nommé inconscient est exposé là dans le délire sans filtre, ni espace pour le contenir. Un Ça explosif que le Moi tente de juguler par sa

grandiosité, pour se mettre peut-être à l'abri des menaces externes et internes. Les œuvres de Dali nous semblent en témoigner....

Pour conclure, nous écartons le diagnostic de paranoïa dans le sens où ni les données transférentielles, ni les données d'entretien, ni les données projectives et enfin ni le tableau symptomatique psychiatrique ne vont dans ce sens-là. Toutes nos observations se corroborent sur la schizophrénie paranoïde, qui pourtant a disparue du DSM-5... Mais qui reste présente dans la nosographie psychanalytique bergeretienne des psychoses (Bergeret 1974). Cet auteur pose d'ailleurs des conceptualisations des structures psychotiques beaucoup plus dynamiques et porteuses de changement que les critiques injustes pointant sa rigidité et le poids réorganisateur (et pas seulement délétère) potentiel de l'objet qui lui ont été adressées (Chabert 1994, Ferrant & Ciccone 2005). En effet il existe dans sa modélisation un potentiel illimité de changement chez les états limites (sachant qu'ils représentent actuellement probablement une proportion importante de la population psychiatrique et tout venant), qui en fonction des rencontres (ou pertes) objectales et (ou) thérapeutiques peuvent se reconstruire sur un mode névrotique-oedipien ou se déconstruire sur un mode psychotique, comme nous l'illustrerons plus loin à travers nos prochaines présentations de cas clinique. Bergeret pose également la possibilité d'une évolution à l'intérieur des structures psychotiques. Celle de mélancolie à la manie dans les psychoses maniaco-dépressives est acceptée par tous les cliniciens qu'ils soient analystes ou psychiatres. Celle d'un fonctionnement paranoïaque à un fonctionnement schizophrénique et vice-versa à l'intérieur des organisations psychotiques schizoparanoïdes est plus originale et nous semble prendre tout son sens chez certains sujets lorsqu'il est possible de les suivre en longitudinal, sur une période temporelle conséquente après qu'ils aient présenté une première décompensation psychotique.

TROISIEME CAS CLINIQUE : DOUG, UN CAS DE SCHIZOPHRENIE DISSOCIEE

Doug (45 ans). Diagnostic posé par le psychiatre de l'unité d'admission (2013) sur les critères suivants : perte du sens des réalités, désocialisation et marginalisation, de plus en plus de difficultés à s'exprimer et « instabilité motrice ».

Données d'anamnèse :

Doug est né en 1972, il n'a pas d'enfant ; il est célibataire. Doug a grandi avec ses parents dans un contexte de violence extrême, exercée par son père. Il n'a ni frère et sœur. À l'âge de 12 ans il a été placé dans un foyer par la protection de l'enfance. Son père est décédé d'un cancer alors qu'il avait 21 ans.

Doug ne sait ni lire ni écrire d'après ses dires, son cursus scolaire a été décousu de par ses nombreux arrêts maladies, en lien avec le contexte familial. Malgré ses difficultés ; l'équipe soignante et lui-même nous indiquent qu'il a certaines capacités et parvient à gérer ses permissions qui lui sont octroyées de manière assez régulière même s'il est hospitalisé sur le long court dans un service de patients chronicisés lorsque nous le rencontrons pour le bilan clinique projectif. Une investigation neuropsychologique a été entreprise avec lui par notre collègue cognitive et ses troubles de la mémoire seraient modérés mais il présenterait « des difficultés d'organisation spatiale et temporelle » selon le compte-rendu qu'elle a fait.

Doug a été hospitalisé de nombreuses fois et la dernière entrée remonte à 2012 sans sortie définitive depuis et a été réalisée sous contrainte suite à des « comportements de violence ainsi que des manifestations d'agressivité importantes » selon les équipes soignantes et médicales qui déplorent les ruptures thérapeutiques le chronicisant davantage à chaque rechute. Doug a encore des contacts avec sa mère assez régulièrement par téléphone mais elle menace de ne plus l'appeler car elle lui reproche de s'exprimer de moins en moins correctement, elle aimerait qu'il soit suivi par un orthophoniste nous indique-t-il lors de nos entretiens. Doug est très sensible à la suggestion selon l'équipe soignante et a tendance « à dire oui à tout ». Les infirmiers se plaignent qu'il soit en quête d'étayage constant et qu'il leur demande une grande énergie. Il reconnaît sa maladie et son besoin de traitement.

Traitement :

Xeroquel 300 mG → 1/j ; Risperdal consta 37,5/2mL → 1/14j ; Loxapac 50 mG → 2/j

Protocole Rorschach:

<p><u>Planche I :</u></p> <p>7''</p> <p>^1.une feuille toute cassée</p> <p>^2.des bouts de bonhomme</p> <p>C'est quoi déjà ?</p> <p>1'02''</p>	<p>Pic supérieur</p> <p>Partie centrale</p>	<p>1.Dd F-(Bot) Defect</p> <p>2.Dd F- (Hd)</p> <p>REM. INT.</p>	<p>Projection du morcellement de l'image du corps d'emblée et recours à la réalité échoué</p>
<p><u>Planche I :</u></p> <p>1''</p> <p>^3.c'est un nez ! qui les a faits ?</p> <p>^4.du sang</p> <p>31''</p>	<p>Au centre blanc « ça se voit »</p> <p>Le sang</p>	<p>3.dbl F- Hd REM.INT.</p> <p>4.D C Sg Choc R</p>	<p>Carences et projection parcellaire</p> <p>Projection du morcellement et de la désintégration de l'enveloppe corporelle</p>
<p><u>Planche III :</u></p> <p>23''</p> <p>^5.un chat</p>	<p>Rouge central « je croyais ça »</p> <p>Partie noire</p>	<p>Choc K</p> <p>Eq choc</p> <p>5.D F- A</p>	<p>Recours à la réalité échouée</p> <p>Recours à la réalité</p>

<p>^6.une tête de mouche</p> <p>43''</p>	<p>Enquête des limites : non (incapacité même après suggestion d'accéder à l'identité et à une représentation de soi entière)</p>	<p>6.D F- Ad</p>	<p>échouée représentation de soi dégradée parcellaire</p>
<p>Planche IV :</p>			
<p>^7.une araignée bizarre</p> <p>2''</p> <p>^8.une tête de bête...une tête de loup !</p> <p>34''</p>	<p>Partie centrale supérieure</p> <p>Partie centrale inférieure</p>	<p>7.D F- A Crit. Obj.</p> <p>8.D F+ Ad</p>	<p>Projection de la méfiance ou de l'agressivité ?</p> <p>Intellectualisation représentation de soi dégradée (parcellaire)</p>
<p>Planche V :</p>			
<p>^9.une chauve-souris</p> <p>2''</p> <p>12''</p>	<p>Partout</p>	<p>9.G+ F+ A Ban</p>	<p>recours à la réalité échoué car dans la dynamique inter-planche ça ne tient pas</p>
<p>Planche VI :</p>			
<p>Attends...</p> <p>^10.c'est pas une feuille</p> <p>^11.euh (5'') visage ! un grand nez 41''</p> <p>28''</p>	<p>Partout</p> <p>Partie inférieure</p>	<p>Eq choc</p> <p>Rem. Int.</p> <p>10. G- F+ - Bot F.Neg</p> <p>Rem neg</p> <p>D F+ Hd Ref. Phal.</p>	<p>La planche de la sexualité le sidère...</p> <p>Dénégation de l'existence même d'une représentation de soi dévitalisée...</p>

			Investissement phallique mais représentation de soi dégradée parcellaire
Planche VII :			
10''			
^12.un lapin	Tout le côté droit	12.D F- A	Recours à la réalité mais repli narcissique pas
^13.trois trucs posés 27''	Le tout	13.G- F+- Obj Nbr	d'avantage d'identification humaine et de mise en relation possible qu'à P3
			Fragilité ++ des assises narcissiques
Planche VIII :			
16''			
^14.une chouette	Partie verte	14.D F- A	Ne voit pas la banalité
^15.un bout de corps ouvert, je sais pas le nom	Le vert et le bleu	15.D F- Anat/Hd Defect	Recours à la réalité échouée
35''	Enquête des limites : non « c'est moche »	Crit Obj	Dissociation ++
			Projection du morcellement de l'enveloppe corporelle
Planche IX :			
		Eq choc	Recours à la réalité échoué

31''			
^16.un papillon	Le tout	16.G- F- A	
41''			
Planche X :			
10''		Choc M	Expression de
^17.un crabe là...je comprends rien à celui là	Partie bleue	17.D F+ A (Ban) Auto crit.	l'angoisse de morcellement
		18.D F- A	Placage en termes de recours à la réalité à nouveau échoué avec une symbolique de puissance agressive plaquée sur une découpe rose qui pousse habituellement davantage à la régression
^18.un ours	Le rose		
48''			

Planches préférées : V « la chauve-souris » et la X « les couleurs partout »

Planches les moins aimées : VI à cause de la partie supérieure et VIII « j'aime pas trop »

Planche pouvant représenter le père : « Non ! (se lève) j'aime pas ! »

Planche pouvant représenter la mère : VIII « elle aime les chouettes »

Planche pouvant représenter soi : V (rire) « la chauve-souris »

Psychogramme résumé:

R=18 ;

T=374''

T/R = 21''

G%= 22% ; G+% = 25% ; D% = 61% ; Dd% = 11% ; dbl%= 6%

TA = G - D - Dd - dbl

Succession = 1/10 - incohérente - Choc K

F%= 88 % ; F+% = 28,1 % ; TRI = 0/1,5 coarté ; FS = 0/0 → coarté ; RC% = 28%

A% = 56% Rapport respecté ; A entier= 44% ; H % = 17% rapport non respecté ; H entier=0 %

IA% = $5 \times 100 / 18 = 27,8\%$; BAN = 1 + (1)

Choc R= 1 ; Crit obj= 1 ; Autocrit= 1 ; Nb= 1 ; Anat= 1 ; Defect= 1 ; Sg=1

Le nombre de réponse (R =18) met en évidence, comme dans les protocoles précédents de notre population clinique (psychiatrique), et dans la droite lignée des résultats quantitatifs, un nombre de réponses (R) abasé en rapport à la population générale mais aussi entre les sous-organisations de la lignée psychotique dissociée entre elles.

Le F % très élevé (88 %) met en évidence une tentative de recourir à la réalité pour « échapper » à une angoisse de morcellement trop intense, comme nous allons le démontrer dans l'analyse du verbatim à l'endroit du paragraphe suivant. Nous souhaitons d'abord mettre en évidence cet indicateur en lien avec l'effondrement du F+ % (28,1 %) venant témoigner de l'échec des mécanismes intermédiaires (recours à la réalité) et la faillite presque totale des mécanismes seondarisés par la chute de banalités (BAN) à 1 seule : prouvant l'échec du refoulement. (Schafer 1954). Le conflit entre les pulsions et la réalité fondamental pour Chabert (1983,1987) dans le fonctionnement psychotique schizophrénique est attesté par le couple typique dans ce cas (F% très élevé, F+% très bas) , lequel traduit aussi la prépondérance des mouvements projectifs et de déni de la réalité , notamment de déni de la relation habituel dans les schizophrénies pures et attesté par la fréquence plus elvée dans ce groupe du choc K à la planche III. Le TRI et la formule secondaire coartés traduisent la massivité des traumatismes vécus non élaborés et du repli sur soi.

Exemples de réponses écrans par le recours échoué à la réalité dans le protocole de Doug, cas exemplaire de protocole d'organisation schizophrénique :

[Planche I, réponse 1] : « *une feuille toute cassée* ». Cette réponse laisse directement s'infiltrer la projection du morcellement de l'image du corps à travers ce contenu, dévitalisé, et éclaté, comme l'angoisse de morcellement.

[Planche V, réponse 5] « *un chat* » dans le rouge central est un recours à la réalité totalement échoué, un déni de la relation associé à la planche III (CHOC K) sous-tendant un repli total et une perte des liens à la réalité malgré (F-) le recours forcené au réel et sa façon de s'y aggriper comme une bouée de secours psychique.

Ce qui prédomine dans ce protocole sont les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs d'une angoisse de morcellement conduisant à l'éclatement de la psyché de Doug, patient, au demeurant compliant, tel un fantôme voire, d'un « mort-vivant ». Nous y reviendrons dans l'analyse transféro-contre transférentielle, mais ce ressenti contre transférentiel nous a souvent interpellé avec les patients de ce pavillon, auquel Doug appartient, ou plutôt réside (nous le réifions même à travers nos propos, involontairement, trahissant nos pensées inconscientes).

[Planche VIII, réponse 15] : « *un bout de corps ouvert, je sais pas le nom* »

[Planche I, réponse 2] : « *des bouts de bonhomme* »

Les angoisses de morcellement par éclatement du Moi corporel, comme l'a théorisé Bergeret (1974) sont inscrites en filigrane dans le verbatim de tout le protocole mais plus ou moins facilement codifiables par des données quantitatives en dehors de ces indicateurs que sont les ratios H/Hd, A/Ad, des réponses anatomiques, sang, sexe (codifiées dans l'échelle de la représentation de soi) ainsi que le G % et G+ % très faibles.

Dans les verbalisations qui entourent les contenus - souvent morbides au demeurant - fantasmés et projetés sur les planches, nous pouvons recenser des projections du morcellement de l'image du corps très nombreuses, malgré les tentatives de recours à la réalité. Ces tentatives de recours à la réalité échouées et menant le sujet à une forme de désincarnation de son être, une incapacité à établir un narcissisme, même fragile, ou même à des défenses primaires comme le recours à des mécanismes projectifs paranoïdes plutôt favorables sur le plan pronostic dans une perspective nosographique psychotique (et non pas transnosographique). Nous rappelons à ce sujet les recommandations d'Azoulay (1993) lors de son étude sur une vingtaine de cas schizophrénies qui encourage l'émergence de processus

primaires dans les prises en charge psychothérapeutiques suite aux bilans projectifs ; lorsque ces derniers ne sont même pas accessibles tant le repli sur soi est écrasant.

De plus, nous observons une dissociation qui s'inscrit en fil rouge dans la facture du protocole, elle prend une place dans toute la psyché de Doug, n'épargnant aucun plan et participant, certainement en plus d'un traitement chimique, au cadencement de son espace imaginaire.

[Planche IV, réponse 10] « *c'est pas une feuille* » Cette réponse planche VI met en évidence l'incapacité à entrer en résonance et à fantasmer une représentation de soi entière. Les nombreuses dénégations nous rappellent au passage les travaux sur le négatif, comme passage nécessaire avant le passage au positif, il nous semblerait que les réponses, d'une grande fragilité (feuille contenu indéterminé coté F+- Frag) des assises narcissiques associée à une dénégation, comme la non-existence de l'objet interne permettant le support des identifications.

Nous ne sommes pas non plus sans occulter le stade du miroir, épisode décisif du développement du narcissisme, de l'égo et du Moi, qui détermine ensuite, entre autres facteurs importants psychogénétiques, les assises narcissiques futures. Or, il semblerait que cet espace soit totalement abrasé. Les capacités fantasmatiques de Doug sont inaccessibles, semblant le condamner à une forme d'errance dans un Réel qui n'a pas de sens en dehors de celui qu'il peut plaquer pour tenter de solliciter les dernières ressources disponibles face à une réalité brute, non médiatisée par la subjectivité qui aurait été sienne. Le protocole met en évidence une incapacité à s'incarner en tant qu'individu humanisé et comme le montrent les contenus dévitalisés et parcellaires :

Facture générale : « *un visage* », « *un grand nez* », « *trois trucs posés* », « *une tête de mouche* », « *du sang* », « *une feuille toute cassée* », « *des bouts de bonhommes* »...

La représentation de soi vient confirmer nos remarques diagnostiques concernant l'extrême fragilité des assises narcissiques avec un pourcentage de représentation de soi entière unitaire = 5% ! (Sur 18 réponses : une seule réponse entière vraiment unitaire à travers la banalité donnée à la planche V car celle fournie de la planche X est dégradée par l'autocritique et par le fait que le sujet ne donne qu'un contenu au lieu des deux contenus identiques sur des taches symétriques, reflétant également l'intensité du repli, sur soi) ;

Analyse clinique et transférentielle

Les patients errent dans le service où nous avons rencontré Doug au tout début de notre thèse de doctorat en première année. Nous avons la mission - en collaboration, toujours dans le contexte d'une inscription au sein d'une recherche de soin courant et selon un dispositif de recherche partant d'une analyse bifocale psychologique (cognitivo-neuropsychologique associée à l'analyse intrapsychique via les projectifs et l'analyse clinique) et psychiatrique ; mais aussi en partenariat avec les équipes pluridisciplinaires - de rencontrer une vingtaine de patients issus d'un pavillon réputé comme accueillant les patients les plus chronicisés...

Ce qui nous a le plus marqué lors de ces visites dans ce pavillon fermé de patients chroniques, c'est l'impression d'être dans un espace spatio-temporel différent, peuplé de « fantômes » et c'est en cela que nous rejoignons l'analyse de Racamier (1992) exposée dans la revue de la littérature. Nous suivions une patiente, que nous n'avons pas pu intégrer à l'échantillon tant elle était déconnectée de la réalité et je n'ai jamais réussi à saisir une accroche à la réalité avec elle. Elle me disait des phrases toutes faites « *avec maman on a mangé de la confiture de groseille* » « *on a cueilli des fleurs dans le verger* » etc. Cette femme a subi l'inceste de son père des années durant et ce dernier a été « liquidé » sous ses yeux par les forces de police spéciale. C'est toute une fratrie de sœurs que j'ai rencontrée, mais Mme X était la préférée de son père, et c'est celle qui est la plus chronicisée de toutes. Elle fait des petits pas toute la journée aux mêmes endroits dans le service et nous demande quelle date nous sommes et quelle année. Si son père va venir la chercher bientôt...

Doug n'a pas atteint ce niveau de perte de liens à la réalité, car nous l'avons repéré dans le projectif ses tentatives d'accrochage à la réalité lui permettent de conserver quelques ressources ; mais parmi tous ces patients et Doug compris, au regard de nos tentatives de déchronicisation échouées, il est difficile de conserver un désir thérapeutique et de ne pas se laisser envahir par la mort psychique qui les habite eux. Lors de mon travail dans ce service, en août 2015, je me sentais de plus en plus éteinte, de la même manière que lorsque je travaillais avec un enfant autiste, ce n'étaient pas toujours des pulsions de destruction, ici il s'agissait de l'abrasement, de la désertification de la vie, de l'humanité, de ce qui constitue nos êtres... Souvent l'envie de m'endormir me berçait, je ne trouvais pas cela désagréable,

même l'inverse... Cela m'a souvent questionnée sur mes propres traits mélancoliques... L'envie de se laisser glisser vers le néant, le rien paradoxalement parce que le tout est là. Ce ressenti, je l'ai expérimenté au contre-transfert des patients schizophrènes chroniques mais pas avec les patients paranoïaques, au contraire, ni schizo-paranoïdes... Je le ressens aussi quand je me baigne dans la mer, sous l'eau, j'ai toujours aimé cela, mais il faut ressortir la tête de l'eau pour reprendre son souffle un moment donné, malgré la paix qui peut nous habiter pendant ces courts instants... La mer méditerranée est d'une clarté incroyable dans les coins de Cassis par exemple et nous porte parce qu'elle est salée. C'est cette sensation que j'ai souvent ressenti au contre-transfert avec ces patients, d'un endormissement serein, apaisant... Par ailleurs, lorsque nous tentions d'échanger en entretien (et j'ai appris à m'adapter à tous les accents, tiques de langage, etc.) alors là, nous devons reconnaître que l'inverse nous saisissait parfois, avec l'impression de perdre soi-même la raison... Ce qui s'apparentait plus à l'enfer qu'au nirvana si l'on en a peur. Mais nous avons appris à nous laisser bercer aussi par ces récits et tenter d'entrer en mimétisme avec leur façon d'interagir ce qui fonctionnait parfois, mais le plus souvent, nous avons l'impression de nous noyer, d'être totalement démunie car toutes les sphères de la psyché étaient atteintes par la mort ou la destruction...

DEUX CAS CLINIQUES D'A-STRUCTURE

DECOMPENSEES EN PSYCHOSE DISSOCIEES

Ils seront développés dans la perspective de présenter au lecteur les tableaux cliniques de décompensation de sujets issus au départ d'une lignée a-structurelle, vers une psychose décompensée. Dans son ouvrage de 1974, Bergeret écrit déjà que cela est possible, le plus souvent vers la mélancolie, mais il suggère également que d'autres formes de décompensation sont possibles (régression [psycho]somatique, accès aigu d'angoisse ou constructions délirantes). Nous tenterons de comprendre pourquoi cela se produit vers une psychose dissociée plus archaïque avec une régression du Moi plus importante. Bergeret (1974) indique que les a-structures sont soumises à une angoisse de perte d'objet principalement et sont d'un registre objectal anaclitique. Or, chez les deux sujets que nous allons présenter, la décompensation psychique s'est produite dans le contexte de multi micro traumatismes

décrits dans le modèle psychanalytique structuraliste. Nous décrirons les pertes successives auxquels les sujets ont été soumis avant de se présenter aux services de psychiatrie pour être pris en charge.

CAS DE DECOMPENSATION PSYCHOTIQUE SECONDAIRE D'UN ETAT LIMITE EN PARANOÏA : ALI, 45 ANS

Introduction, intérêt du cas dans une perspective préventive

Le diagnostic de paranoïa sensitive psychiatrique traditionnel français a été proposé par le médecin psychiatre du C.M.P. Ali a refusé de rencontrer le médecin au départ puis après l'avoir informé sur les intérêts d'une prise en charge adéquate (comme il le faisait en tant que praticien), il a accepté les rencontres avec Dr D. ; mais s'est opposé à tout traitement neuroleptique. Il a pris de manière ponctuelle des anxiolytiques.

Dans le modèle psychiatrique du DSM-5, il nous semble que le diagnostic attribué à Ali pourrait être en principalement les Troubles borderlines de la personnalité avec, si l'on admet le modèle hybride, dimensionnel des traits paranoïdes (A.P.A., 2013, Index). Sinon, selon le modèle classique il pourrait recevoir le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque [voir annexes 1 paranoïa]. La première option diagnostique correspondrait de manière harmonieuse au diagnostic psychanalytique bergerétien qui distingue le fonctionnement et la structure du sujet. Le modèle de l'“Alliance of Psychoanalytic Organization” va dans le même sens (troubles borderlines personnalité paranoïde, PDM-2, 2015). La structure de base est soit de registre névrotique ou soit de registre psychotique mais lorsqu'elle n'est pas de ces registres, elle est instable, a-structurelle et les risques de décompensations sont importants et peuvent évoluer vers la dépression mais aussi vers l'une des deux lignées structurelles stables. Le plus souvent, les états-limites de bas niveau décompensent dans la psychose ou dans une forme somatique (Marty, 1974 ; la désorganisation somatique progressive [nous avons rencontré un cas dans cette situation, ne l'avons pas retenu dans l'échantillon]).

Nous pourrions effectuer le comparatif avec les facteurs de comorbidités associés qu'a révélé le modèle empirique psychiatrique Anglo-Saxon depuis quelques années et que nous avons largement commenté à travers la revue de la littérature parue en 2016 dans l'Evolution Psychiatrique (Prudent et al., 2016) portant sur la place de cette entité au sein de la nosographie psychiatrique actuelle.

Il n'en demeure pas moins, que grâce aux apports des psychodynamiciens américains, tels Kernberg, qui l'a indiqué lors de son interview en 2004, il semblerait que les férus de statistiques des opus des DSM-IV et IV-TR aient saisi en partie que la problématique des comorbidités tient à la différence entre ce qui relève de la structure et du fonctionnement en ajoutant dans le modèle exploratoire une perspective dimensionnelle (nous maintenons certaines réserves néanmoins sur le modèle proposé pour des raisons plus complexes encore car de fait dans ce modèle les troubles paranoïaques disparaissent et deviennent uniquement dimensionnels). Avec la complexité ajoutée que les personnalités limites, a-structurelles, sont instables et peuvent évoluer en plus d'accumuler les comorbidités (consommation de toxiques, troubles délirants, paranoïa, etc.). Bergeret (1974) l'avait indiqué auparavant. En ce qui concerne le cas clinique présent, d'un patient renommé Ali, nous allons démontrer que les éléments de vie, sont des facteurs étiologiques qui pèsent et sont à prendre en compte dans les prises en charges actuelles chez une population générale à notre avis de plus en plus fragilisée sur le plan narcissique, comme l'ont mis en évidence les dernières recherches, notamment celle que Munoz-Negro, Prudent, Guitterez et Cervilla ont soumis à *Journal of Personality Disorders* sur une population andalouse de 4507 sujets tout-venant dont 19% souffrent de troubles psychiatriques d'après l'étude. Il nous semble, que les services de soins psychiatriques sont débordés de patients de ce type, borderline, et les travaux visant à offrir une prise en charge optimale se développent. Or, Bergeret (1974), avait déjà énoncé les risques liés à l'instabilité de cette entité en termes de question de santé publique tant dans le domaine du passage à l'acte relevant de la justice que du domaine psychopathologique (voir actes de colloques de la journée d'hommage à l'auteur à Lyon, 9 février, 2018)

Données d'anamnèse Ali

Le patient insiste sur la **symptomatologie anxieuse/dépressive lors de la consultation initiale en C.M.P.**, et parfois nous observons une symptomatologie relative à celle des troubles de la personnalité paranoïaque (PPD). La dimension anxio-

dépressive apparaît peu dans les résultats du test. Les symptômes évoqués par le patient sont: des **cauchemars récurrents**, des insomnies, une forme d'**anhédonie**, une **angoisse toujours flottante et parfois aiguë, ainsi qu'un sentiment de nervosité permanent** (ne supporte plus rien, par exemple ses enfants l'agacent alors qu'il est très attentif à sa famille) et des **ruminations de la pensée au sujet de l'injustice vécue. Symptômes qui durent depuis environ un mois.**

Ali a grandi avec ses deux parents dans un petit village à l'est du Maroc. Son père était boucher et sa mère femme au foyer, ni l'un ni l'autre n'ont eu la chance d'être scolarisés ; ils sont donc analphabètes. Ali au contraire, a fait des études supérieures, il représente même l'élite intellectuelle puisqu'il est PH en biologie. Ali est issu d'une grande fratrie dont il est le cadet, son frère aîné et lui sont les seuls à avoir fait des études supérieures.

Pour effectuer ce parcours, Ali a quitté le Maroc en 1999, une licence de biologie en poche. Il a fait son master en Espagne puis a terminé son parcours universitaire à Paris. Il s'est par ailleurs marié avec une femme originaire de son village marocain en 2012 qui l'a rejoint en France et avec qui il a un enfant de 4 ans et un autre de 14 mois, ce sont deux garçons. Une grande partie de son parcours de vie est donc asymptomatique.

En 2014 son père est décédé, il n'est pas allé à son enterrement malgré les relations étroites qu'ils entretenaient. Ali est très défensif sur toutes les questions qui ont trait à son passé, selon lui tout était « merveilleux ». Ce qui traduit la prégnance d'un mécanisme défensif d'idéalisation. Son seul souci résiderait dans les raisons qui l'ont conduit à consulter en CMP. Ali s'est présenté au CMP car il venait de se faire licencier du laboratoire où il travaillait, pour faute grave. La raison évoquée par ses employeurs est son refus de travailler dans un laboratoire situé dans un petit village de la région L., difficile d'accès, notamment en hiver. N'ayant pas trouvé de solution à leur litige, l'employeur aurait signifié son licenciement à Ali. Depuis, Ali ne dort plus, il se sent très angoissé et il rumine des idées négatives à l'égard de ses anciens employeurs il se sent spolié et désespéré de n'être entendu. Ce qui suggère l'importance de l'attaque des assises narcissiques. Ali n'avait jamais consulté auparavant. Nous nous trouvions au C.M.P. le jour où il s'est présenté sur les conseils de son médecin, nous avons d'emblée ressenti un sentiment d'inquiétante étrangeté et l'infirmier qui était avec nous aussi... Nous pensions au départ qu'il s'agissait d'un patient connu des services. Nous l'avons reçu en urgence et avons écouté son témoignage. Puis j'ai réalisé le

bilan psychologique avant une tentative de prise en charge mais au bout de 6 mois, Ali n'a plus repris de RDV : après plusieurs relance le médecin et nous-même avons convenu qu'il s'était sûrement restauré en ayant trouvé un nouvel emploi.

Ali voulait absolument avoir à faire à un spécialiste, lui-même P.H. était très sensible à une méthodologie scientifique, nous le citons « *quand on me demande de faire un diagnostic je fais des analyses et j'attends la même chose de vous* » « *j'ai été victime, c'est un cauchemar, ils veulent me détruire, je ne vais pas en rester là ! Faites quelque chose ou je les bouzille tous* ». Nous lui avons alors proposé un entretien assorti d'une passation Rorschach, indiquant notre recherche par ailleurs et notre spécialisation en évaluation psychodiagnostique justement. Il nous a accordé du crédit « scientifique » et s'est prêté à l'« évaluation ». Lors des échanges, nous avons été très vigilantes sur tout ce que nous disions, comme si nous évoluions sur la brèche d'une montagne, telle une funambule... En d'autres termes, le vécu contre-transférentiel a attiré notre attention sur les tendances interprétatives d'Ali, car il n'accordait pas tant de crédit à l'infirmier qui faisait la prise en charge bifocale et le dévalorisait volontiers... Il refusait de rencontrer un médecin à ce moment-là encore.

D'emblée nous avons repéré que malgré notre sentiment de départ et sa quérulence vis-à-vis de ses employeurs, sa pensée était hyper logique et sa demande claire et explicite : « *quand quelque chose dysfonctionne chez mes patients, je fais des analyses et ensuite en fonction des résultats j'oriente vers un spécialiste... Faites pareil avec mes problèmes psychologiques* ».

Entre les différentes phases du bilan, il a « menacé l'infirmier de se venger sur son ancien employeur ». Notre collègue infirmier, qui a un background certain en psychiatrie, a indiqué à ce moment-là du bilan qu'il s'agissait d'« un paranoïaque de caractère ». Il souhaitait qu'un psychiatre le rencontre rapidement alors nous avons renforcé ce positionnement puis finalement il a pu rencontrer le psychiatre qui a observé principalement la dimension dépressive sous-jacente ainsi que la dimension sensitive.

Durant quelques mois le patient s'est débattu dans un procès qu'il aurait perdu. Il se plaignait d'idées ruminantes constantes, de ne « plus supporter ses enfants », sa femme l'a menacé plusieurs fois de le quitter et de rentrer au Maroc... Mais finalement, suite à quelques mois de renforcement narcissique et d'étayage de toute l'équipe le patient semblait avoir

retrouvé du travail et ne plus nécessiter de suivi psychologique ou psychiatrique, ou du moins ne plus en vouloir.

<p>Planche I :</p> <p>12''</p> <p>V ^<</p> <p>C'est pas la colonne vertébrale ça,</p> <p>Ou bien c'est un monstre... (m'interroge beaucoup sur le test) je sais pas... (regarde derrière la planche)</p> <p>À part ça euh... Non c'est les disques vertébraux ou ... (me rend la planche et n'ajoute rien)</p> <p>1'13''</p>	<p>G</p> <p>Le monstre, là, là regardez comme ça, les mains (G)</p> <p>(dbl lat) là les disques vertébraux dans le blanc</p>	<p>1.G- F- Anat Rem Neg</p> <p>Ou</p> <p>Rem Int</p> <p>2.G+ Fclob (A)</p> <p>3.dbl F- Anat</p> <p>→C'</p>	<p>Projection du morcellement de l'image de soi bien qu'il faille aussi tenir compte du fait qu'il est biologiste et du coup qu'il va donner des Anat...</p> <p>Angoisse phobique</p> <p>Sensibilité au manque, carences affectives Projection de l'angoisse du morcellement de l'image du corps</p>
<p>Planche II :</p> <p>8''</p> <p>Pareil ! ...</p> <p><^>v</p> <p>Je ne sais pas... Je ne sais pas ce que je pourrais vous dire, j'ai</p>	<p>V D lat ils sont comme ça les deux ou bien un ours divisé en deux ou</p>	<p>→ refus</p>	<p>Dédoublement du Moi à l'enquête</p> <p>Inhibition, dévalorisation et demande d'étayage. Tout au long du test, malgré nos remarques lui indiquant qu'il n'y a pas</p>

<p>une mauvaise imagination, je ne sais pas ... 4. Est-ce que ce sont des ours ? C'est des ours, c'est une bonne réponse ?</p> <p>5. Le rouge est-ce que c'est du sang ? Je ne sais pas...</p> <p>Après est ce que je peux savoir ? 1'34''</p>	<p>bien deux ours comme ça pris...</p>	<p>4.D F+ A →A/A(Ban)</p> <p>Rem Int Auto crit</p> <p>5.D C Sg Rem Int Choc R</p> <p>Rem int</p>	<p>de « bonne réponse » Ali nous demandera si il donne des bonnes réponses.</p> <p>Projection de la désintégration de l'enveloppe corporelle</p>
<p>Planche III :</p> <p>6''</p> <p>Deux personnes en face de l'autre, je sais pas est-ce qu'ils sont en train de chauffer les mains ? Ou je ne sais pas...</p> <p>54''</p> <p>(Je ressens le besoin de l'étayer, même si j'évite au maximum de le faire, mais il me demande sans cesse s'il donne la bonne réponse malgré mes indications selon lesquelles il n'y a justement pas de bonne réponse)</p>	<p>Sur le feu en bas</p> <p>D lat + D inf</p> <p>Moi vous me demandez ce que je vois je vous réponds, je vois ça à cause de la forme, ça se voit non ?</p>	<p>6.D K+ H/Elem Ban</p> <p>autocrat Rem int</p> <p>Rem int</p>	<p>K reflet</p> <p>6. Entier unitaire (pas de détermination sexuelle)</p> <p>Formation réactionnelle peut être contre l'agressivité initiale</p> <p>Inhibition</p> <p>Angoisse de perte d'objet latente</p>
<p>Planche IV</p> <p>4''</p> <p>Ça me paraît plus pour un monstre ça, qui peut</p>	<p>G</p>	<p>7.G+ Fclob (A) Autocrit</p>	<p>Projection phobique dans le réel du danger</p>

<p>faire peur, c'est tout je ne peux pas vous dire plus.</p> <p>Je suis mauvais</p> <p>45''</p>			<p>pulsionnel</p>
<p>Planche V</p> <p>5''</p> <p>Une chauve-souris ? C'est ça ? Ah bah vous avez que des monstres, que des images qui font peur !</p> <p>23''</p>	<p>Ou bien un papillon, ou bien un papillon plutôt qu'une chauve-souris</p>	<p>8.G+ F+ A Ban Crit obj Rem Int → Clob → ou rep. Ad. (G F+ A)</p>	<p>(crit obj) refoulement de départ ne tient pas...</p> <p>Projection implicite d'une intentionnalité malveillante de la part du testeur...</p> <p>« vous avez que » comme si je créais le test, projection paranoïde à l'égard du testeur</p>
<p>Planche VI</p> <p>6''</p> <p>^v je vois toujours une sorte de chauve-souris, si je prends comme ça c'est beaucoup plus. Je pense que c'est une chauve-souris aussi... La moyenne se dégrade la note. D'une façon générale ce sont des photos qui font peur...</p>	<p>Regardez là, les antennes, la façon de ses ailes quoi</p>	<p>9.G- F- (chez Beizmann) A Ref Phal Persev</p>	<p>Cherche un sens... Projection paranoïde</p>

<p>Faut le prendre comme ça dans le sens de l'écriture. 43''</p>		<p>Clob</p>	
<p>Planche VII</p> <p>Rires 5''</p> <p>Qu'est-ce que vous voulez de moi ?</p> <p>^v^Si je prends que ça c'est papillon, on peut dire un papillon ? Je ne sais pas... Cette imagination ça me...</p> <p>C'est peut-être des têtes (2/3 tiers médian) des monstres, des yeux.</p> <p>1'34''</p>	<p>D inf</p> <p>Des têtes, (de quoi ?), des têtes de monstres non ? Ce ne sont pas des têtes de l'être humain</p>	<p>Rem Int</p> <p>10.D F+ (chez beizmann) A Repet → Autocrit Rem int</p> <p>11.D Fclob (Ad) Yeux</p>	<p>Projection paranoïde à l'égard du testeur</p> <p>Projection phobique face à la symbolique maternelle de la planche</p>
<p>Planche VIII</p> <p>3''</p> <p>Ce sont des animaux l'un et l'autre je ne sais pas comment ils s'appellent, ce sont des rats qui montent.</p> <p>14''</p>	<p>Deux animaux qui montent, est-ce que ce sont des rats ? Je ne sais pas...</p> <p>Les rats c'est pas sain pour la santé</p>	<p>12.D kan A Ban</p> <p>→ rem int</p>	<p>Dimension de dangerosité</p> <p>Demande d'étayage</p> <p>Kinesthésie de posture</p> <p>Projection de la dangerosité</p> <p>Rats : saleté-> régression anale</p>

<p>Planche IX</p> <p>^v À la fin je vais vous demander des explications. La différence de couleur, je ne sais pas à quoi ressemble... 25'' Est-ce que ce sont des oiseaux mais les carapates sont un peu grands, je ne sais pas ce que je pourrais vous dire, est-ce que ce sont des ailes, je ne sais pas..</p> <p>Ce sont des ailes (si pourquoi pas ?) ? je ne sais pas... À vrai dire je ne peux pas. 45''</p>	<p>Des oiseaux des rapaces (n'avait pas dit cela lors de la passation) d brun int</p> <p>(j'avais bien demandé la première fois il a dit carapates à plusieurs reprises)</p>	<p>Rem Int</p> <p>13.D F- H/A/Ad Rem int confab</p> <p>→ autocrit</p> <p>Rem Int</p>	<p>Tentative d'intellectualisation échouée à travers le mot « carapate » qui est un marin d'eau fantassin d'après le dictionnaire : du coup il y a chez lui un télescope H/A/Ad....</p>
<p>Planche X</p> <p>9''</p> <p>Oh c'est... ça...</p> <p>Est-ce que c'est des crabes ?</p> <p>Là le noir (l'hypocampe ? L'hypocampe enceinte hein !</p> <p>Une pince vous voyez quoi dans le vert, vous ne</p>	<p>Gris brun de côté</p> <p>d gris brun de côté</p> <p>D lat rose</p> <p>Les hypocampes c'est les mâles qui enfantent oui</p>	<p>14.D FC' A Rem Int</p> <p>15.D F+ A Confab Rem Int</p> <p>16.D F- Obj Crit obj</p>	<p>thématique des origines</p>

voyez pas une pince ? II y a trop de choses	D vert médian	Rem int	
--	---------------	---------	--

Psychogramme résumé :

<p>R = 16 ; T = 543 ; T/R = 33,938</p> <p>G % = 68,75 % ; D% = 31,25 % ; Dd % = 0 % ; Dbl % = 6,25 % ; Di % = 0 %</p> <p>F % = 81,25 % ; F+ % = 30,769 %</p> <p>A % = 60 % ; H % = 6,25 % (rapport A/Ad respecté car un seul Ad et repli sur soi suggéré par la chute du H% traduisant sa difficulté d'identification à l'humain)</p> <p>RC % = 31,25 % ; IA % = 18,75 %</p> <p>Autocrit= 3 (+2) ; Rem Int= 9</p> <p>Choc K = 0 ; Contam = 0 ; Devit = 0 ; Defect = 0 ; Perspect anales = 0 ; Réponses "yeux" = 1</p> <p>Petites kinesthésies : kan = 1 ; Grandes kinesthésies : K+ = 1 ; Ban= 3 + (1)</p>
--

Interprétation du protocole Rorschach

Contrairement aux protocoles de sujets d'organisation paranoïaques structurels purs, nous repérons d'emblée une énorme demande d'étayage tout au long du test de la part d'Ali (notamment à travers les cotations REM INT), même si parfois le testeur est placé également en position de persécuteur. Les auto-dévalorisations cotées AUTO CRIT nous semblent également plus nombreuses que celles repérées en général dans les organisations parananoïaques de structure reflétant l'attaque de ses assises narcissiques tandis que les CRIT OBJ sont moins nombreuses et les projections de l'agressivité moins crues. On trouve aussi un contenu pouvant renvoyer à un mécanisme d'idéalisation à travers la référence aux rapaces à la planche IX dont la symbolique est également maternelle (à noter la dégradation des réponses aux deux planches à symbolique maternelle).

Le nombre de réponses globales et de kinesthésies indique un espace imaginaire moins riche que le profil type habituel de structure paranoïaque. Il semblerait que l'espace imaginaire soit cadencé, en plus du fait qu'Ali était défensif mais peut-être également à cause de ce que Bergeret (1974) met en évidence dans cette lignée instable comme une

étiologie importante : les traumatismes multiples arrivés entre les stades libidinaux anaux et phallique oedipiens (après la divided line, avec la notion du cristal qui se brisera selon ses lignes préexistantes).

Les projections paranoïdes à l'égard du testeur témoignent d'une sensation de malveillance à son égard et d'une hypervigilance défensive et protectrice :

[Planche IX] « *À la fin je vais vous demander des explications* »

[Planche VII] « *Qu'est-ce que vous voulez de moi ?* »

D'autres indicateurs de la paranoïa sont présents, notamment la régression anale à la planche VIII à travers le contenu projeté « des rats » qui lui évoquent la saleté « c'est pas sain pour la santé ». L'insistance sur la méfiance infiltre le protocole également à travers les besoins de protection et d'hypervigilance :

[Planche VI] : « *D'une façon générale ce sont des photos qui font peur...* » Ces réponses répétitives cotées CLOB et renvoyant le plus souvent à une angoisse phobique représentent ici à notre sens un sentiment de danger et de menace de l'environnement externe car ces types de réponses infiltrent le protocole, mais associées à des assises narcissiques fragiles (des contenus formels mal vus ou détériorés) évaluées à partir du pourcentage de représentation de soi égal à 30 % ce qui nous paraît faible. L'identité est floue et les contenus « monstres » à priori issus de projections de l'angoisse phobique sont dans ce protocole massifs :

[Planche VII] « *C'est peut-être des têtes des monstres, des yeux* ». (2/3 tiers médian) Même si à la planche IV il s'agit effectivement d'une défense phobique non opérante puisque suivie immédiatement d'une dévalorisation de registre narcissique. C'est en outre la seule réponse qui aille dans ce sens...

La dissociation psychotique et le dédoublement du Moi s'expriment dès l'enquête à la planche I : « Un ours coupé en deux ». Cependant, l'intellectualisation tenait avant que l'angoisse paranoïde ne vienne mener le sujet à sa déréalisation. La planche X affecte aussi le sujet dans le sens où il fait la projection fantasmatique d'un hippocampe enceinte, venant solliciter la question des origines (Racamier, 1992), et le stade fusionnel oral (Bergeret, 1974).

Cependant, cette réponse planche X (certainement à cause du contenu latent) est la seule qui témoigne réellement de troubles de la pensée dits délirants, issus des mécanismes psychotiques primaires. Les assises narcissiques sont fragiles mais nous constatons surtout une pensée opératoire, un A% élevé, seulement deux kinesthésies (une grande et une petite), un F % élevé. Le refoulement ne tient pas à cause des faillites narcissiques et dans ces cas là les traits paranoïdes prennent le relais. En s'appuyant sur une codification des défenses dans la colonne qualitative et sur les conceptualisations anglo-saxonnes (Schafer 1954 ; Lerner 1975,1998), on notera en effet l'effritement du refoulement attesté par la chute des banalités et le relai dominant constitué par les mécanismes projectifs largement présents dans le protocole. Ils associent projection d'un danger dans le réel et projection d'une intentionnalité malveillante et plus rarement projection du morcellement.

Si on s'appuie sur les critères proposés par Chabert (1983,1987) pour approcher la nature des conflits, on peut affirmer l'existence d'un conflit entre les pulsions et la réalité, attestée par l'élévation très forte du F% 81%) traduisant la tentative désespérée de recours à la réalité et l'effondrement du F+% (30%) reflétant l'échec de cette tentative et l'altération profonde du rapport à la réalité.

Nous repérons également une hypervigilance à partir des réponses antennes et yeux.

Nous sommes conscientes du biais lié à l'absence d'évaluation d'Ali avant la décompensation ayant motivé la consultation. Comme nous l'indiquions dans l'anamnèse, le profil asymptomatique sur une longue durée de sa vie et l'événement traumatique à l'origine de sa décompensation est une situation de perte d'objet (l'objet emploi), elle a pris d'abord une forme anxiodépressive fréquente pour Bergeret (1974, 1986) lors de l'effondrement d'une a-structure. Le test de Rorschach garde ici selon nous les traces de cette a-structure à travers l'importance des besoins anaclitiques de réassurance formulés au testeur au cours de la passation, l'hémorragie narcissique reflétée par les auto-critiques et l'altération des contenus traduisant une représentation de soi unitaire mais celle-ci demeure quand même encore possible à travers certains contenus animaux et un accès à une identité demeure présent : la kinesthésie humaine fournie à la planche III est sur ce plan exemplaire. Elle traduit malgré la craquée verbale (il oublie le mot l'une avant en face de l'autre) à la fois un maintien de l'identité sur le plan narcissique et la quête des besoins d'étayage (« est-ce qu'ils sont en train de se chauffer les mains » ?)

La perte de sens verbalisée plusieurs fois autour des contenus semble mettre en évidence la sidération de la pensée associée à un tableau clinique (pensées ruminantes de vengeance) où les mécanismes projectifs occupent tellement le devant de la scène qu'ils légitiment le diagnostic de décompensation paranoïaque. Il serait passionnant de pouvoir retrouver Ali pour observer si son organisation s'est restabilisée et de le ré-évaluer sur le plan diagnostique dans une perspective longitudinale.

Analyse clinique et transférentielle

Comme nous l'avons déjà indiqué, une forte sensation d'inquiétante étrangeté nous a envahie lorsque nous avons rencontré Ali au C.M.P. la première fois et notre collègue a ressenti la même chose, une forme de déréalisation émanait de lui en plus de son état d'alerte et de vigilance. Lorsqu'il nous a exposé sa situation, il était virulent, loggorhémique et menaçait de représailles ses employeurs. Il oscillait entre cela et un profond sentiment de désarroi et d'injustice. Nous avons pu rapidement créer un lien et le convaincre de rencontrer également le médecin psychiatre. Au bout de quelques temps, malgré son sentiment de persécution et d'injustice forts, il nous a dit, une des dernières fois où nous l'avons vu : « *vous (le Dr compris) vous faites ce métier parce que vous êtes tournés vers les gens, vous leurs voulez vraiment du bien* »... Nous fûmes très surprises par cette remarque car les premiers temps étaient compliqués à cause du sentiment de persécution qu'il ressentait et nous exprimait régulièrement mais surtout à cause de ses menaces de vengeance. Notre collègue infirmier était inquiet.

Au départ il fut difficile pour le patient d'évoquer sa famille, son père, ses difficultés, mais suite au bilan projectif et quelques entretiens il a pris conscience qu'il devait reprendre confiance en lui. Nous l'avons étayé et avons renforcé ses assises narcissiques, lui avons indiqué que son parcours était complexe, qu'il avait parcouru beaucoup de chemin et que la réalité était certes cruelle mais bien celle-ci et qu'il pouvait rebondir. Nous l'avons ramené progressivement vers la réalité... Nous tentons de créer le lien puis grâce à la confiance qu'il nous accorde de lui donner les moyens d'améliorer sa situation. Le Dr D. l'a renarcissisé également à travers un suivi régulier durant six mois.

Ali nous a indiqué avoir retrouvé un emploi et avoir résolu ses anxiétés, ses doutes... Il nous semble que nous avons pu, grâce à un travail d'équipe, empêcher une hémorragie

psychique complète pouvant s'engluer dans une paranoïa plus handicapante. Nous n'excluons cependant pas le fait, qu'Ali puisse rechuter du fait de la fragilité de sa a-astructure, de bas niveau. La figure paternelle, nous a parue fragile, et son emploi, sa carrière lui ont permis à notre sens de servir de béquille narcissique et lorsqu'il a chuté de cette place de Père de famille exemplaire, immigré ayant réussi, la paranoïa a pris le relais à la dépression.

Son rapport à nous ainsi qu'à sa femme nous a conduit à conclure sur les raisons qui peuvent avoir provoqué cet effet psychique – plutôt qu'une décompensation mélancolique – il s'agit du fait que sa femme l'a dévalorisé à partir du moment où il a perdu son emploi, ce qui a accentué son hémorragie narcissique. Elle l'a menacé dans des moments difficiles de partir mais à aucun moment il n'était capable de la critiquer... De la même manière lorsqu'il s'adressait à nous il utilisait un langage châtié : « Madame Prudent, etc. ». Si nous avions eu à prendre en charge Ali plus longtemps, nous aurions travaillé sur les introjects et sur les transferts. Nous aurions été curieuses de savoir si la perte de son père, a été l'élément déclencheur, plutôt que la perte de son emploi de sa décompensation psychique... Ali ne s'est pas rendu aux funérailles, alors qu'il se rend régulièrement au Maroc et lorsque nous avons questionné ce point, il a haussé le ton et s'est montré très défensif... Ali nous a indiqué avoir été licencié pour des raisons logistiques et qu'un complot pour le licencier avait été monté contre lui, cependant, rien ne nous indique qu'il ne commençait pas à se sentir menacé déjà auparavant...

Nous avons ressenti une relation de type de dépendance se mettre en place rapidement car Ali nous contactait pour nous faire part de ses démarches administratives ; mais par ailleurs loupait de nombreux rendez-vous, avec nous ou le médecin peut-être pour tester notre capacité à supporter sa négativité et qu'une une forme d'ambivalence forte envers l'objet s'exprimait. Nous avons saisi chez Ali ou d'autres patients issus initialement d'un registre anaclitique, un lien différent, à la fois plus proches, qu'avec le sujet d'organisation paranoïaque pur, mais plus fluctuant, car lorsque le patient paranoïaque investit un thérapeute il est plus fidèle... L'idéalisation est bien plus amplifiée dans la lignée psychotique, Manuel nous a dévoilé un jour penser que nous étions « *la femme parfaite* » ; tandis qu'Ali nous flattait pour exister dans notre regard... Tout comme il affichait son C.V. au médecin pour être reconnu par lui lors des entretiens.

CAS DE DECOMPENSATION PSYCHOTIQUE

SECONDAIRE D'UN ETAT LIMITE EN

SCHIZOPHRENIE : JORDAN, 35 ANS

Diagnostic psychiatrique : psychose blanche indifférenciée

Traitement : Risperdal *per os*

Diagnostic DSM-5 : Troubles délirants type hypocondriaque ?

Nous avons rencontré Jordan en CMP où il est suivi régulièrement à un niveau médical psychiatrique et psychologique depuis trois ans, suite à une courte hospitalisation en 2013. Il se plaint des mêmes symptômes depuis plusieurs années (apathie, vide interne, ennui, douleurs céphalées, clinophilie, etc.) Ce sont les parents de Jordan qui l'ont fait hospitaliser car alertés par toute une série de symptômes. Jordan se plaignait d'avoir une « *insoutenable chaleur dans le crâne* » (« *comme si celui-ci allait exploser* ») et la sensation d'un « *vide interne* » très angoissant. Jordan indique qu'il souffrait (et souffre encore) d'apathie et d'un repli sur soi massif, il ne sortait plus, ne parlait plus, se renfermait complètement sur lui. Jordan n'est pas resté longtemps interné car au bout de trois jours sa mère a demandé la levée de la SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) considérant que l'hôpital psychiatrique « n'était pas un lieu adapté pour son fils » et en raison de leur relation très proche (relation de dépendance au regard des données cliniques à venir). Lorsque Jordan évoque ce qu'il ressent ou a ressenti à cette période, il dit : « *C'est comme si j'étais bloqué* ». Jordan parle ici de ses pensées, de ses émotions et de sa motivation à entreprendre les choses, à travailler, à entrer en contact avec autrui etc. De plus, il avait l'impression que sa tête allait exploser, il décrit des douleurs céphalées intenses et des sentiments de perte de contact avec la réalité.

Concernant ses antécédents en termes de facteurs de comorbidités, nous savons que Jordan a pris de la drogue vers l'âge de 18-19 ans sur un laps de temps assez court (cocaïne, haschisch, etc.) il en garde un mauvais souvenir « *j'étais un zombie* ». Jordan, même s'il pense que la drogue lui a fait du mal et qu'elle est nocive, a peur de retomber dans

« *l'engrenage* », si bien qu'il évite les sorties entre amis et reste cloîtré chez lui, avec sa famille.

C'est en 2013, suite à cette période compliquée que Jordan a divorcé de sa femme avec qui il était marié depuis une dizaine d'années. Selon le discours de Jordan le divorce serait une conséquence mais nous pouvons nous demander si ce n'est pas la rupture, enfin l'anticipation de cette dernière, en plus d'autres pertes dont sa grand-mère, qui l'a fait décompenser... Il a rencontré sa femme au lycée, c'est elle qui a fait le premier pas, et Jordan s'est dit « pourquoi ne pas tenter »... Nous ne pouvons que noter, à travers l'entretien, l'absence d'expression de sentiment à l'égard de son ex-femme, comme si leur relation avait été, quelque part comme dénuée d'affect. Le couple que Jordan formait avec son ex-femme était déjà vacillant car celle-ci le trompait mais l'épisode « de décompensation » que Jordan a traversé serait l'élément déclencheur du divorce. (Angoisse de perte +++ non métabolisable à l'origine de la décompensation) Ce qui a affecté Jordan selon ses propos « *c'est la trahison de cette dernière* » et il a donc décidé qu'à l'avenir il « *serait très prudent et prendrait tout son temps avant de s'engager dans une relation de confiance avec une femme* ». Il préfère rester vivre chez ses parents finalement. Il « *ne souhaite plus se marier* », car le mariage n'a plus de sens à ses yeux et que « *c'est encore plus compliqué quand on se sépare* ». Il semble avoir souffert énormément de cette rupture et ne pas encore avoir pu faire le deuil et le traitement de la perte.

Employé à la poste depuis une quinzaine d'années Jordan a été en arrêt de travail durant presque deux ans lors de la période qui a entouré l'hospitalisation pour une forme de dépression sévère officiellement. Jordan ne réussissait plus à se concentrer ou même à penser, comme si ses pensées étaient « *bloquées* » comme il l'indique. Le tableau clinique anamnestique antérieur suggère donc à la fois des éléments de toxicodépendance et une première décompensation dépressive qui nous ont conduits à faire l'hypothèse d'une économie de départ « limite » de Jordan.

Il semblerait que le test de Rorschach ait eu un effet positif dans la relation que nous avons créée avec Jordan puisque ce dernier s'est surpris à « *parler plus que d'habitude* » selon ses dires. Le projectif s'est révélé un vrai médiateur dans ce contexte de « blocage », il semblerait que quelque chose se soit réanimé (d'ailleurs notre collègue utilisera de nombreuses médiations dans la prise en charge). Un lien de confiance a pu s'établir au cours

de nos rencontres et Jordan a pu nous exprimer ressentir une forme de tristesse diffuse sans pouvoir identifier sa source... Il semblerait que la passation du projectif T.A.T. que nous avons conseillé d'utiliser suite aux bénéfices du Rorschach dans l'établissement de l'alliance avec Jordan (« je parle plus que d'habitude ») ait aussi eu un effet de médiation thérapeutique au cours d'une autre rencontre venant étayer l'hypothèse d'une dépressivité latente dans le fonctionnement psychique potentiellement en état d'être réanimé.

Jordan est très proche de sa famille paternelle, depuis son divorce il est retourné vivre chez ses parents où vivent également son frère et le fils de son frère, divorcé également. Il entretient cette dépendance familiale et n'envisage pas d'emménager seul même s'il se plaint du manque de communication entre ses parents et indique que « ce n'est pas comme dans les films » dans sa famille. Dans la famille de Jordan on ne parle pas beaucoup de ses émotions et ses parents lui paraissent distants selon ce qu'il nous rapportera au cours de l'entretien de conclusion au bilan psychologique.

Lorsque le bilan a été réalisé, Jordan pris en charge en parallèle s'apprêtait à reprendre le travail. Il se forçait, sur les conseils de ses psychothérapeutes à aller se promener avec sa famille durant le week-end, bien que très dépendant apparemment à la télévision et aux jeux vidéos, ce qui à nouveau va dans le sens d'une économie psychique marquée du sceau de la dépendance...

Jordan nous a confié avoir souffert du décès de sa grand-mère paternelle il y a deux ans chez qui il allait tous les jours (double perte cumulée avec celle de son épouse...) et où il rejoignait ses cousins pour jouer aux cartes. En revanche, Jordan va très rarement chez sa grand-mère maternelle, toujours en vie, il dit « *ne pas aimer l'ambiance qui y règne* » sans pouvoir expliquer pourquoi en dehors du fait que ses cousins non plus n'aiment pas y aller : « *chez eux, c'est comme si il y avait un froid, toute façon mes cousins ils n'y allaient pas non plus* ». La mère de Jordan quant à elle rend visite à sa mère presque tous les jours, ce qui va dans le sens d'une dépendance intergénérationnelle dans le fonctionnement familial de Jordan.

Le médecin psychiatre référent de Jordan s'oriente vers un diagnostic de schizophrénie simple ou de psychose blanche à cause des symptômes négatifs présents dans le tableau

clinique. Jordan est sous traitement neuroleptique par voie orale. (Abilify en injection mensuelle)

<p>Planche I :</p> <p>2'' Une tache,</p> <p>Un insecte</p> <p>Il y a une symétrie</p> <p>13''</p>	<p>G</p> <p>Le corps là et les ailes. (?) Une espèce de mite, je ne sais pas, un scarabée. Bah là à part une tache je ne sais pas...</p>	<p>G- F+- Frag</p> <p>G+ F+ A</p> <p>Sym</p>	<p>Représentation entière non unitaire</p> <p>Recours à la réalité- Représentation de soi entière unitaire</p> <p>Insistance sur la sym.repli narcissique</p>
<p>Planche II :</p> <p>3'' Un peu la même chose que la première, une tache, la symétrie. Il y a de la couleur en plus. On peut dire que c'est de l'art. Bah rien de spécial, je ne sais pas <... >...</p> <p>1'26''</p>	<p>Rep ad. :</p> <p>Peut-être un cœur (D rouge inf)</p> <p>Quelque chose qui est blessé car il y a une tache de sang là.</p>	<p>G- F+- Frag Sym</p> <p>G- CF+- Art</p> <p><u>Rep ad :</u></p> <p>(D CF Anat)</p> <p>(D CF Sg/ Choc R) →Defect</p>	<p>Déni partiel de la différence</p> <p>Représentation entière non unitaire + tentative d'intellectualisation</p> <p>(Représentation fragmentaire)</p> <p>(Projection)</p> <p>Projection de l'agressivité crue</p>
<p>Planche III :</p>			<p>Déni de la relation et</p>

<p>v...^... 12'' Pareil (rires) Pareil que la deuxième...v Sauf que l'on peut imaginer qu'il y a un papillon au centre. On peut imaginer aussi un corps coupé en deux.</p> <p>47'' Voilà, je pense que c'est tout.</p>	<p>La tête là, après le corps puis les bras, coupé en deux avec je pense les poumons au milieu (D lat noir)</p> <p>E.L. : oui face à face</p>	<p>Choc K</p> <p>D F+ A Ban Repet</p> <p>D F- (H)/ Anat Defect</p>	<p>retrait narcissique</p> <p>Représentation entière unitaire et refoulement mais qui ne tiennent pas dans la dynamique intra-planche.</p> <p>Projection du morcellement de l'image du corps.</p> <p>Déni de la relation</p>
<p>Planche IV :</p> <p>v...> 17''</p> <p>On pourrait imaginer peut-être une chauve-souris je pense, sinon je ne vois pas trop autre chose...</p> <p>Une feuille morte.</p> <p>Une fleur peut-être...</p> <p>Oui... ^...<... Je ne pense qu'à ça ;1'10''</p>	<p>En fait je prends l'image comme ça (^) une chauve-souris pendue la tête en bas. J'avais dit une fleur aussi v. Comme ça en train de s'épanouir, enfin déjà épanouie, en train de mourir quoi.</p> <p>(Indicateur de dépression)</p> <p>G</p> <p>Une feuille pareil là dans le même sens, on peut le mettre dans tous les sens en fait.</p> <p>G (fleur)</p>	<p>G+ Kan+ A</p> <p>Autocrit</p> <p>G- FC' (Bot) Devit</p> <p>G+ F+ Bot</p>	<p>Représentation entière unitaire et refoulement mais ne tient pas dans la dynamique intra-planche.</p> <p>Représentation parcellaire</p> <p>Projection des affects dépressifs (Feuille morte)</p> <p>Représentation entière non unitaire</p> <p>Inversion symbolique des planches (fleur sur la planche phallique paternelle)</p> <p>Symbolique féminine sur planche paternelle...</p>

<p>Planche V :</p> <p>10''</p> <p><^><^</p> <p>v Ça a une forme de papillon... Mouais >...^... Hum c'est tout.</p> <p>36''</p>		<p>G+ F+ A Ban</p>	<p>Décharge par la voie de l'agir</p> <p>Représentation entière unitaire</p> <p>Inhibition</p>
<p>Planche VI :</p> <p><...v...^...<... 27''</p> <p>v Une fleur je pense...^... Oui, je ne vois que ça...</p> <p>41''</p> <p>C'est pour faire quoi ça ? (Au sujet du test. Question que nous avons déjà évoquée avant la passation)</p>	<p>G</p> <p>Dans le sens là^</p> <p>On peut imaginer aussi un volcan coupé que l'on voit à l'intérieur, une coupe quoi, un volcan en éruption</p>	<p>Eq Choc.</p> <p>G- F- Bot Persev</p> <p>Rem Int</p> <p><u>Rep Ad :</u></p> <p>(G+ KobE Pays)</p>	<p>Décharge par la voie de l'agir</p> <p>Inversion de la symbolique</p> <p>Recours à la réalité échoué</p> <p>Rep ad : projection de la destruction et du morcellement (avec la dissociation « coupé »)</p> <p>Violence pulsionnelle latente...</p>
<p>Planche VII :</p> <p><...v...^... 23''</p> <p>v Bah je ne vois rien de spécial là, ça ne me fait penser à rien, une tache, juste une tache, voilà. Ah si, peut-être des</p>	<p>^Je les ai imaginées dans le sens là. Bah elles sont là (rires++)</p>	<p>Eq. Choc.</p> <p>G- F+- Frag</p>	<p>Décharge par la voie de l'agir ++</p> <p>Tentative de recours à la réalité</p> <p>Symbolique phallique sur la planche maternelle... À nouveau inversion de la symbolique des</p>

cornes de cerf (rires) 42''	D saillie sup	D F+ Ad Ref Phal	planches
<p>Planche VIII :</p> <p>Ouh c'est complexe là... 12''</p> <p>Je pense à une bestiole, je ne sais pas quoi...</p> <p>Au centre des drapeaux ...v...>...^... Je n'ai pas trop d'imagination (rires)...>...v...v... Oh je pense que c'est tout 1'30''</p>	<p>D rose, là et là. (?) Non mais je ne sais pas, j'imagine un félin ou un chien.</p> <p>Des petits drapeaux là que l'on peut imaginer.</p> <p>D tiers bleu</p>	<p>D F+ A (Ban)/ →Ou</p> <p>D F+ Obj</p> <p>→ Auto-crit</p>	<p>Dévalorisation et repli narcissique</p> <p>Intellectualisation et dévalorisation</p>
<p>Planche IX :</p> <p>(Soulève les sourcils) v...>...v...>...v...<... 46'' Alors là... Je vois un champignon atomique.</p> <p>Oh c'est un peu ça, un champignon normal avec des yeux (rires) >...<...^...v...</p> <p>Un fantôme, un peu des ténèbres quoi...</p>	<p>^ Faut prendre le milieu là et puis le vert,</p> <p>les yeux au milieu là dans le blanc (2/3 sup). La couleur et la forme.</p> <p>D rose fantôme, une petite période que j'ai eu quand je me droguais, c'était il y a longtemps</p>	<p>D/bl KobC Frag</p> <p>D/bl CF (Bot) /Yeux</p> <p>Contam</p>	<p>Projection de la destruction</p> <p>Violence pulsionnelle+++</p> <p>Négativité maternelle...</p> <p>Projection paranoïde+++ projection délirante</p>

1'41''	(idée qu'il ressemblait à un fantôme). Au lycée j'ai essayé un peu tout, haschich, cocaïne et sniffer l'eau écarlate mais en fait ça n'a pas trop d'intérêt...	D ClobF (H)	Projection phobique
<p>Planche X :</p> <p>... .. (Ecarquille les yeux) ...v...</p> <p>28''</p> <p>Oh, un petit visage... (Ecarquille encore les yeux)</p> <p>Des petites bêtes (rit++) >...v...^...>...<...</p> <p>Mouais... Je pense que c'est bon.</p> <p>1'23'' C'est un peu compliqué.</p>	<p>V Bah là (vert) des sourcils, les yeux jaunes (D jaune), une moustache, une petite bouche et les joues (D lat rose). DG</p> <p>Bêtes : surtout là, ça pourrait ressembler à des formes. (?) Ça pourrait ressembler je ne sais pas à des fourmis... Peut-être aussi des os (vert et bleu) et là (D gris) des petits monstres.</p>	<p>Choc M</p> <p>D F+- A</p> <p>D ClobF A/ (A)</p> <p>DG F- Hd Yeux</p>	<p>Lutte contre le morcellement</p> <p>Les yeux ont sans doute une valence paranoïde mais les petits monstres sont davantage une projection phobique que paranoïde...</p>

Planche préférée : Une ou je peux en prendre plusieurs ? (demande d'étayage) Bah c'est pas évident de choisir (rires). Pl. III : allez, on va voir ce que ça va donner... Je ne sais pas, peut-être le corps qui se sépare en deux (dédoublé psychotique)... Le face à face, je ne sais pas... Ça ressemble un peu à la vie quoi ! (Réponse abstraite en raison du déficit de symbolisation, cette dernière étant assez hermetique, ce qui est fréquent dans la schizophrénie...)

Planche la moins aimée : Pl. II. Je ne la trouve pas belle (rires) (Dévalorisation)

Planche du Moi : (Mimique faciale d'une personne qui cherche...) C'est compliqué... (Projection de l'agressivité). Franchement, par élimination je serais tenté par celle-ci (pl. X) Je ne sais pas, je m'imagine au centre là, la tête dans le brouillard et puis voilà quoi... (Représentation de soi parcellaire et vague)

Planche de la mère : Pl. VI : Celle-là, je peux rajouter que je vois une peau de bête étalée ? (Capacité à adopter une position dite passive-féminine) Je vis chez eux, je ne sais pas c'est space... (Dépendance) Pour moi perso je trouve que les rapports que j'ai avec mes parents c'est pas top, c'est pas comme dans les films... Mon père me semble indifférent, ma mère ça dépend. Je les vois tous les jours mais on ne parle pas beaucoup (absence d'espace de symbolisation). Plus mon frère avec son petit plus moi. Son ex-femme lui doit de l'argent...

En ce moment je suis bloqué dans ma tête, je n'arrive pas à reprendre de décision, rebloqué au point mort. J'arrive pas à retrouver d'appart, j'ai pas envie d'être seul. (Angoisse de perte d'objet incapacité à être seul...)

La planche IV aussi par rapport à son âge. Je vois que c'est un truc replié sur lui-même avec l'impression qu'on l'étouffe. (Projection paranoïde)

Planche du père : Pl. X (Rires). Je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas...

Ces choix de planche comme les contenus fantasmés aux planches 4, 7 et 9 nous donnent des arguments par rapport à l'hypothèse de forclusion...

Extrait de la passation associative.

- ✚ Scarabée : ballade dans la forêt, je vais souvent à St Q. avec des amis et chercher du muguet quand c'est la période. J'offre dans la famille et si j'en ai beaucoup je le vends. Par rapport à mon enfance on y allait souvent avec mes parents et puis j'ai gardé le pli...
- ✚ Symétrie : aux maths. (Nous parle de l'époque où il a pris de la drogue) c'était par rapport à mes fréquentations, suite à ça j'ai fait une première dépression puis voilà, ça m'a marqué. Comme j'étais dans un lycée professionnel il n'y avait pas de filles donc c'était la zone, je me suis rabattu un peu là-dedans.
- ✚ Quelque chose de blessé : des accidents que j'ai eus, quand je travaillais, je m'étais coupé le doigt avec le cutter peut-être les accidents de mon père, beaucoup plus graves

que moi, une fois il a traversé le plancher il a eu les côtes cassées le poumon, il y a 24/25 ans ça m'avait un peu choqué quand même.

- ✚ Un corps coupé en deux, vous m'aviez fait remarquer que c'étaient des personnes face à face (à l'enquête des limites), peut-être des personnes qui s'aiment ou qui se disputent, je ne sais pas. Je pourrais peut-être penser à moi par rapport à mon passé. Si je pouvais ne garder que les bons côtés et oublier les côtés négatifs, ne garder que le bon. (Idéalisation)
- ✚ Une feuille morte : à l'automne, aller chercher des champignons, des trucs comme ça, une balade en forêt.
- ✚ Une fleur : un cadeau, du parfum

Psychogramme résumé:

R= 21 ;

G%= 57% ; G+%= 25% ; D%= 38 ; dbl%= 9%

F%= 71 % ; F+%= 56% (2 ClobF) ; 2 petites kinesthésies (kan et kobC)

A%= 38 % ; Aentier= 33% ; H= 14 % ; Hentier %= 0%

1 Choc K ; 2 sym ; 1 Persev ; 1 Rem int ; 1 Choc M ; 2 Yeux ; 1 Contam ; 1 Defect ; & Devit ; 1 Ban ; 1 Eq choc

Analyse Rorschach

Les planches III, VI, IX, X sont traitées sur un mode psychotique. Les mécanismes secondaires tels que le refoulement (1 Ban) selon les critères de Schafer (1956) et Lerner (1975, 1998) sont peu opérants et même si le recours à la réalité ne semble pas totalement échouer (F+ %= 56) les mécanismes primaires, déni, projection et forclusion prennent le relais comme le traduit notamment la cotation CONTAM planche IX ou la cotation PERSEV planche VI qui selon Chabert (1987) renvoie au déni de la réalité alors que le choc K à la planche III traduisait déjà le déni de la relation très fréquent dans le fonctionnement schizophrénique.

La représentation de soi est majoritairement entière non unitaire puisque seules 5 réponses (R2 de PI, R1 de PIII, R3 de PIV, R1 de PV, R2 de PVIII soit 23 %) correspondent à des contenus entiers de bonne qualité formelle non détériorés par les autres aspects de la verbalisation. On peut donc dire qu'elle n'est pas totalement effondrée et plus basse que les normes obtenues dans la partie VI de cette étude chez la population psychotique dissociée appartenant à cette organisation. Des affects dépressifs émergent comme la réponse « *une feuille morte* » ou « *une fleur épanouie qui vient de mourir* » à la planche VI, s'exprimant davantage que dans ce que l'on repère habituellement dans une structure schizophrénique pure et traduisant certainement une régression du développement du moi de moindre amplitude. Les données cliniques, mettent aussi en avant une personnalité très dépendante (familles, amis, femme, drogue), d'abord dépressive (indique dans la passation analytique qu'il a été dépressif) puis ayant souffert d'un arrêt brutal dans sa vie, « *je suis figé depuis deux ans* » nous dira Jordan, traduisant selon nous une angoisse majeure.

Les éléments du test Rorschach vont également tous dans le sens d'une a-structure, d'une organisation dépressive, décompensée sur un mode psychotique et plus spécifiquement schizophrénique. L'organisation de départ était sans doute limite (en concordance avec un tableau clinique de décompensation suite à une répétition de pertes et une dépendance intrafamiliale importante) qui évolue vers une schizophrénisation secondaire. En effet, il y a beaucoup d'éléments qui peuvent fonder une évolution schizophrénisante, dont la dominante de la représentation de soi majoritairement non unitaire (l'indicateur de pourcentage de représentation de soi entière unitaire est égal à 23 %) mais aussi à cause du **désinvestissement objectal total** (choc K et seulement 2 petites kinesthésies [kob et kan], les contenus unilatéraux traduisant le repli narcissique comme à travers les réponses symétries) repéré tout au long du protocole de Jordan.

La dissociation psychotique et le **dédoublement du Moi** s'expriment à la planche III : « *aussi un corps coupé en deux* » ou à la planche VI : « *aussi un volcan coupé que l'on voit à l'intérieur* » et la lutte contre l'angoisse de morcellement se repère clairement à travers la réponse globalisante donnée à la planche X cotée CHOC M ou encore à travers les nombreuses projections du morcellement de l'image du corps. En effet, la projection de l'angoisse de morcellement (certainement secondaire au regard de l'angoisse de perte d'objet repérée dans la clinique et dans la passation associative) est assez remarquable tout au long du

protocole ainsi que l'extrait de passation analytique vient l'illustrer : « *des accidents que j'ai eus, quand je travaillais, je m'étais coupé le doigt avec le cutter. Peut-être les accidents de mon père, beaucoup plus graves que moi, une fois il a traversé le plancher il a eu les côtes cassées le poumon* »

Le désert psychique et l'accrochage à la réalité se repèrent à travers les indicateurs quantitatifs (F % [71 %] élevé, et F+ % [56 %] assez bas) traduisant un conflit entre les pulsions et la réalité, ainsi qu'à travers les indicateurs qualitatifs dont la persévération à la planche VI. Les troubles délirants de la pensée restent discrets mais la contamination constituée par la réponse « *le champignon normal avec les yeux...* » et la dissociation marquée sur laquelle nous sommes revenues vont dans le sens de mécanismes défensifs en réalité rigides et primaires (déli, projection et forclusion). Sur le plan clinique Jordan présentait surtout des symptômes négatifs dont celui évident de retrait autique dont il se plaignait beaucoup et difficile à supporter pour ses thérapeutes au départ, comme nous le verrons au cours de l'analyse transféro-contre transférentielle dans le point suivant. De la même manière il se plaignait beaucoup de s'ennuyer, souvent, sans trouver de remèdes et rejetant les propositions que les soignants lui faisaient (promenades, sport, ect.).

En outre, les contenus projetés aux planches IV et VI et le choix de la planche paternelle viennent selon nous illustrer un mécanisme de forclusion (De Tychey, 1984) du fait de la flagrante inversion systématique des symboliques. La mère phallique toute-puissante est projetée à plusieurs reprises, notamment à la planche VI : « *On peut imaginer aussi un volcan coupé que l'on voit à l'intérieur, une coupe quoi, un volcan en éruption* » ou aussi à travers le contenu donné sur la planche à symbolique maternelle (VII) « *les cornes de cerf* » ou encore, le champignon atomique projeté sur la planche IX et enfin et surtout la fleur à la planche de la symbolique phallique paternelle (IV) répétée à la planche de la symbolique phallique sexuelle venant traduire le rejet de la castration. La question de la forclusion s'impose à nous par le biais de la clinique depuis le début de notre étude sur les psychoses. Bergeret (1974) répertorie la forclusion, cette absence de signifiant primordial chez Lacan (1956), comme un mécanisme de défense chez les états-limites opérationnalisés au test par De Tychey en 1984, tel le rejet d'une représentation ou autrement dit la mise à l'extérieur de cette représentation. En l'occurrence, ici, il nous semble que cela tient à la valence phallique maternelle dangereuse et destructrice des introjects. L'inversion du choix de la symbolique des planches

l'indique également (choix de la planche VI pour la mère). Nous repérons surtout chez Jordan la présence d'objets internes pacellaires, morbides et destructeurs (totémisation du phallus maternel ?) pouvant témoigner de marqueurs psychiques de la décompensation d'une lignée a-structurale vers une décompensation schizophrénique secondaire suite à la perte réalisée (séparation avec son épouse et suite à la perte de sa grand-mère paternelle). Le type de réponse donné à la planche à symbolique maternelle archaïque (Rausch, 1990) est assez exemplaire : « un *champignon atomique avec des yeux* »... Ou encore la réponse suivante, planche IX, dans laquelle on retrouve la figure d'hyperbole et d'oxymore « *un peu des ténèbres quoi* », une abstraction venant marquer aussi le déficit de la symbolisation propre à la lignée psychotique (Rossel et al., 2017).

En nous appuyant sur une codification des défenses dans la colonne qualitative et sur les conceptualisations anglo-saxonnes (Schafer 1954 ; Lerner 1975,1998), on notera en effet l'effritement du refoulement attesté par la chute des banalités et le relai dominant constitué par les mécanismes projectifs largement dominants dans le protocole dominé par la projection du morcellement de l'image du corps et la forclusion (inversion de la symbolique).

Même si les défenses intermédiaires du type intellectualisation et recours à la réalité semblent prendre le relais et rester relativement efficaces au regard de la qualité formelle globale et du score au F+% ; il nous semble que c'est au prix de la subjectivité de Jordan qui s'ennuie encore et encore... Résonne en nous la phrase de Freud de 1940 : « *seule la mort est gratuite* ». En outre, le recours à l'espace imaginaire est presque inaccessible et cadencé, comme nous l'avons mis en évidence, par le biais d'un tableau de desertification psychique qu'il exprime lui-même par la sensation d'un « *une vide interne* » allant de pair avec une incapacité à fantasmer chez Jordan. Ces indicateurs sont plutôt défavorables en termes de pronostic futur s'il ne réussit pas à réinvestir la vie objectale, quitte à ce que cela se fasse sur un mode anaclitique comme permettrait de l'espérer ses capacités a-structurelles de base.

Les verbalisations qui accompagnent la réponse lors de la passation associative, lorsque Jordan hésite entre deux personnes qui « face à face » ne savent pas si elles « *s'aiment ou se disputent* » semble mettre en évidence une difficulté à surmonter l'ambivalence de la phase dépressive, sans doute en raison de la toxicité des objets internes.

L'accrochage à la réalité constaté à travers le F+ % reste relativement moins effondré que dans les structures schizhréniques pures, mais notamment grâce aux réponses que François David-Camps (2015) nomme les « postiches représentationnels » dans cette lignée de la personnalité et comme en témoigne la persévération à la planche VI (une réponse fleur en symbolique inversée également). Nous avons remarqué que cet indicateur se retrouvait en effet plus souvent chez les organisations schizophréniques du fait de la **néantisation psychique** dont ils souffrent, ce que Chabert (1983) classifiait comme un protocole de facture schizoïde en comparaison aux protocoles paranoïdes « florides ». Il s'agirait ici d'un protocole de type schizoïde, dont on retrouve aussi le profil chez Mac Williams (2013) dans le modèle Anglo-Saxon, mais avec une valence latente dépressive, que nous catégoriserions par sa lignée a-structurelle de base.

Analyse clinique et transféro-contre transférentielle

L'abrasion psychique chez le sujet peut s'apparenter à un **vécu de mort interne** qu'il décrira lors des entretiens cliniques à travers ses douleurs céphalées qui lui donnaient l'impression que sa tête « *allait fondre de chaleur* ». C'est ce que Bergeret en 1972 met en évidence comme le passage hypocondriaque dans le processus de dépersonnalisation, avant que ne se produise, comme nous le rappelons (nous l'avons cité au début du manuscrit) : la position autique (le retrait de la libido sur le moi).

Premièrement, l'**hypocondrie**, un moment/temps qui correspond selon Bergeret (1972) à « la perte narcissique » inscrite « dans une récupération fantasmatique du corps du sujet » (Ibid.) et secondairement vient la phase de la **position autique** si cette « récupération fantasmatique » ne se fait pas. Ce schéma n'est pas très éloigné de celui constaté chez Maleval (2013) dans l'échelle des délires même si la question ne tourne pas autour de la dépersonnalisation mais de la forclusion. Maleval indique qu'en P0, lorsque le trou du NDP se réactualise (nous avons repéré la perte de sa grand-mère paternelle puis de son épouse dans la clinique anamnétique), le sujet en passe par une phase d'hypocondrie mise en évidence chez de nombreux sujets se plaignant, à l'instar de Jordan, de douleurs dans le corps en l'absence de lésions ou de souffrance somatiques objectivables lors de décompensations de psychotiques dissociés.

Dans tous les cas, sur le plan purement clinique, il s'avère que Jordan, après avoir traversé une phase dépressive s'est plaint de céphalées si sévères qu'il a été interné à l'hôpital psychiatrique. Sa famille a été alertée par la forme de léthargie qu'il adoptait, due selon lui à la douleur atroce, qui dura plusieurs jours.

Lorsque nous avons rencontré Jordan, il avait déjà été pris en charge sur le plan psychologique, notre collègue avait dépensé beaucoup d'énergie à tenter une **réanimation psychique**. Nous l'avons indiqué, ses thérapeutes se sont dits souvent « usés » par l'énergie que demandait la conduite des entretiens avec Jordan. Les difficultés à parler, associer, penser ou tout simplement exister dans l'espace proposé ont posé de nombreuses difficultés et les ont d'emblée alertés.

En ce qui nous concerne, nous avons eu la chance que Jordan se soit prêté au jeu de la proposition de médiation psychique que propose le test, il a su utiliser l'outil pour arrimer une vie psychique en état d'inertie. Mazoyer et al. (2013) mettaient déjà en évidence, la qualité du test dans les médiations thérapeutiques en dehors de sa visée psychodiagnostique. Sans le vouloir, puisque depuis notre position de chercheuse, nous avons créé un levier thérapeutique par le biais du test car il a inspiré Jordan lors des rencontres et que nous avons poursuivi son utilisation selon la passation analytique proposée par l'Ecole de Nancy, afin d'explorer plus finement encore sa personnalité, tout en lui permettant, en miroir, de venir réactualiser une capacité à fantasmer en voie d'extinction.

Conclusions

Nous sommes consciente du biais lié à l'absence d'évaluation de Jordan avant la décompensation ayant motivé la consultation (douleurs céphalées horribles ; ennui ; absence de sens). Comme nous l'indiquions dans l'anamnèse, le profil asymptomatique sur une longue durée de sa vie et l'événement traumatique à l'origine de sa décompensation est une situation de perte d'objet (sa grand-mère puis sa femme), elle a pris d'abord une forme dépressive mais il n'a pas pu surmonter l'ambivalence, comme Klein le met en évidence en 1931 dans les glissements régressifs de la position dépressive à la position schizo-paranoïde. Suite à quoi Jordan a traversé une phase hypocondriaque (douleurs céphalées horribles) fréquente pour Bergeret (1972) lors des crises de dépersonnalisation psychotiques (Bergeret, 1972). Le test de Rorschach garde ici selon nous les traces de la dissociation psychotique mais également de

cette a-structure à travers l'importance des défenses narcissiques (dévalorisation, repli narcissique) ainsi qu'à travers le besoin de dépendance qui se traduit peu au Rorschach (mais plus dans la passation associative) en raison du nombre bas de kinesthésies dans la passation classique. Néanmoins, les marqueurs d'une organisation de départ narcissique peuvent se repérer à travers par de la présence de quelques marqueurs de représentation de soi plus unitaires (cf les quelques contenus entiers de bonne qualité formelle non détériorés par la verbalisation) que celle habituellement repérée dans les lignées schizophréniques pures (voir résultats statistiques partie V et VI) mais associées tout de même à d'autres contenus vagues et flous et venant ainsi traduire des assises narcissiques de base fragiles, mais pas effondrées comme dans la schizophrénie. L'absence de capacité à fantasmer, et les demandes d'étayage associées, vont aussi dans le sens d'une abrasion des mécanismes psychiques dynamiques propres à la lignée dépressive « *ça ne représente pas grand-chose* », « *je ne sais pas* », « *je n'ai pas trop d'imagination* ». L'abrasion de la vie psychique par la pression des mécanismes primaires (déli, forclusion) se reflète dans le néant psychique, et l'accrochage à la réalité parfois réussie (F+ %= 56 %) marqueurs également d'une lignée de base a-structurelle ; bien que certains contenus traduisent des projections délirantes (notamment pl. X). Malgré cela, un certain accès à une identité demeure présent : le H % (14 %) et le pourcentage de représentation de soi entière unitaire (23 %) encore non totalement effondré en témoigne

La perte de sens verbalisée plusieurs fois autour des contenus semble mettre en évidence la sidération de la pensée associée à un tableau clinique (pensées, ruminations d' « ennui » et d'absence de sens) où le déni et la forclusion occupent tant le devant de la scène qu'ils légitiment le diagnostic de décompensation schizophrénique. Il serait passionnant de pouvoir retrouver Jordan afin de constater si son organisation s'est restabilisée et de le ré-évaluer sur le plan diagnostique dans une perspective longitudinale.

ETUDE CLINIQUE LONGITUDINALE D'UN CAS DE PARANOÏA A TRAVERS LE MMPI-2RF ET LE TEST DE RORSCHACH

Manuel 35 ans³⁸ – diagnostic de paranoïa pure

Afin de mettre en évidence la fiabilité du diagnostic de paranoïa, nous allons présenter l'évaluation de Manuel a deux temps différents, à 24 mois d'écart entre les deux passations. Nous présenterons dans un premier temps l'évaluation des MMPI-2-RF passés successivement en 2015 puis en 2017 à 2 ans d'écart, puis nous présenterons les deux temps du test Rorschach conjugués à l'analyse clinique et surtout transférentielle. Manuel a toujours refusé catégoriquement de rencontrer d'autres « psy » que nous-même.

Diagnostic du médecin psychiatre référent (Dr D.) : paranoïa (délire d'interprétation et de persécution, délire des grandeurs, conduites psychopathiques, etc.)

Diagnostic psychiatrique correspondant aux troubles de la personnalité délirants de type persécuté et grandiose dans le DSM-5.

Traitement : neuroleptiques Xeplion en injection mensualisée ; mais **seulement au moment du re-test**

Nous avons rencontré Manuel dans un service de psychiatrie fermé où il était hospitalisé depuis un mois à la demande d'un tiers (son père). Nous avons été sollicitée par le chef de pôle également son médecin (Dr D.), afin de réaliser un examen complet et une évaluation à visée diagnostique pour Manuel. Notamment concernant la question de la reconnaissance de sa « maladie psychique » puisque décrit comme dans le déni apparent de sa situation psychologique (ce double objectif étant celui que le médecin qui nous a confié le

³⁸ Article sur le cas clinique (traité partiellement dans l'article) publié en ligne dans l'Evolution Psychiatrique le 24.07.2017

bilan psychologique de Manuel a fixé et que nous ne parviendrons finalement jamais à atteindre...). En effet, lorsque nous rencontrons Manuel la première fois en 2015, il est hospitalisé depuis près d'un mois pour une décompensation psychotique avec des idées de persécution et des menaces hétéro-agressives à l'égard de ses parents. Manuel refusait tout traitement et contestait catégoriquement son hospitalisation. Il s'agissait en l'occurrence d'une primo-hospitalisation.

Manuel, lorsque nous le rencontrons la première fois, a 32 ans, il est informaticien au Luxembourg, son père est ingénieur et sa mère est informaticienne (également) mais désormais propriétaire d'une petite boutique où elle vend ses œuvres d'art. Manuel a une sœur cadette, mariée avec des enfants, âgée de 30 ans mais avec qui il a peu d'échanges et de complicité. Ses parents ne l'évoquent jamais non plus, comme si la famille n'était en réalité constitué que d'un noyau fort : eux trois.

Manuel est agité et logorrhéique en début d'entretien en 2015 (en 2018 il est calme et apaisé), puis avec un peu de réassurance son débit de parole devient plus lent et donc plus facilement appréhendable. Manuel se plaint d'emblée d'avoir été obligé de rencontrer « *une dizaine* » de médecins (ce qui est totalement faux) et dit « *en avoir marre* » de relater son histoire. Nous lui avons alors laissé le choix de s'exprimer, opportunité qu'il a saisie malgré ses plaintes.

Manuel nous relate avoir été cambriolé dans son appartement en mai 2013 mais ne s'en être rendu compte que deux mois plus tard. Il construira ce récit années après années depuis ce jour-là. Il aurait néanmoins eu le souvenir d'une forte douleur « au coccyx » ainsi que sa « tête était foutue » les quelques jours qui ont suivi ce supposé cambriolage. C'est deux mois après, en juillet, que Manuel s'est aperçu qu'il manquait des choses dans son appartement, entreposées dans des cartons, des vinyles et des CD-Rom (discours de la seconde guerre mondiale...) dont il est un fervent collectionneur. Manuel a alors fait le rapprochement entre sa douleur au coccyx (qui n'avait duré que deux/trois jours) et cette disparition, concluant à un cambriolage « malgré la porte blindée ». Est alors apparu à Manuel le souvenir d'un viol, il décrit des « flash back » de cet événement fortement angoissant. Il revoit, en plein milieu de la nuit et régulièrement, un homme avec le visage couvert d'un masque blanc qui le viole et il ressent suite à ces « *reviviscences* » des sensations du type « *la langue qui sortait* » et « *une raideur corporelle* ». Manuel nous relate ces faits avec aplomb et

conviction ; il pense d'ailleurs que le cambrioleur a utilisé du « gaz » pour brouiller ses souvenirs.

Suite à cet événement, Manuel est allé consulter son médecin traitant qui lui a indiqué qu'il s'agissait d'hallucinations et qui lui aurait indiqué qu'il souffrait de schizophrénie, ce que ce Manuel aurait alors rejeté violemment (il indique avoir rejeté cette proposition diagnostique et le traitement neuroleptique associé, proposés par son médecin).

Manuel épuisé par ce vécu (les reminiscences de la scène du cambriolage et du viol) a pris une année de congés. Il indique avoir d'autant plus souffert de cet épisode que, ses collègues se seraient rendu compte qu'il avait été violé et lui auraient dit un matin, alors qu'il boitait à cause de la douleur au coccyx, « mais tu es PD » en se moquant de lui. Ce congé sabbatique était néanmoins prévu depuis longtemps, d'après ce qu'il nous a rapporté. Il envisageait en effet, depuis quelques temps, de s'octroyer du temps pour composer de la musique, sa passion. Manuel joue du piano, de la guitare et crée de la musique sur label. Manuel nous confie qu'avec du recul, il n'a pas réalisé ses objectifs. Il nous a expliqué qu'en tant que « perfectionniste », il n'avait pas pu se prêter à ses occupations car il « lui manquait » ses vinyles, que cela le déstabilisait, qu'il y pensait sans cesse, ce qui l'empêchait de se vouer à sa passion : la composition. Manuel dit avoir « *flâné* » durant un an, consommant de la marijuana, entre trois et dix joints par jour.

En novembre 2014, à la demande de sa mère, Manuel, sans emploi, a quitté son appartement pour s'installer chez ses parents. Il nous explique que cette configuration était plus pratique financièrement et que, dès lors, il ne comptait plus poursuivre son travail d'informaticien mais se consacrer uniquement à la musique.

La cohabitation avec ses parents dans la grande maison familiale a alors tourné au cauchemar. Manuel décrit une emprise maternelle très forte et l'effacement de la figure paternelle. Les causes de dispute sont la consommation de cannabis et les armes. Manuel nous explique détenir des armes blanches de toutes sortes depuis le cambriolage (allant jusqu'à la machette) qu'il collectionne et qu'il cache sous son oreiller pour se protéger.

Manuel décrit sa mère comme une femme « possessive » qui l'aurait empêché de retrouver du travail alors qu'il était « à deux doigts » de le faire. Une femme qui entre dans sa chambre sans frapper, qui le frappe (« elle m'a mis un coup de poing ») et qui aurait déjà fait

interner « cinq/six personnes » parmi lesquels les frères et sœurs de celle-ci. Mme M. (sa mère) viendrait inspecter systématiquement les WC après qu'il y soit allé et couperait le téléphone pour l'empêcher de contacter l'extérieur lorsqu'il ne répond pas à ses attentes. Elle aurait « monté un dossier au SAMU », par le biais d'appels récurrents lors de leurs disputes, et cela afin de faire interner Mr M.

Le père quant à lui est décrit comme un « bon père » attentionné, qui resterait en dehors des conflits entre mère et fils, quoique légèrement manipulé par la mère de Manuel selon la perception de ce dernier.

En janvier 2015 Manuel a été hospitalisé à la suite d'une énième dispute entre lui et ses parents. Manuel nous explique que sa mère « a pété un plomb comme d'habitude » et qu'il « a tenté d'éviter » le conflit mais que ses efforts auraient été vains et qu'elle aurait fini par atteindre son objectif : le faire hospitaliser.

L'examen clinique ayant révélé une structure de personnalité paranoïaque pure, nous avons décidé en coordination avec le médecin chef de pôle qui suit Manuel, de sa sortie de l'hôpital. En effet, plus les jours passaient et plus Manuel se sentait persécuté par le système psychiatrique, ses défenses se rigidifiaient et son agressivité augmentait. Nous avons convenu d'un contrat au départ avec le patient dans lequel il s'engageait à un suivi en CMP. Après 3 ans et demi de prise en charge, Manuel est ravi de nous entendre ou de venir faire un entretien en CMP, la confiance a pu être établie grâce à un positionnement particulier en suivi bifocal avec le Dr D.

C'est au cours de ce suivi que nous avons réalisé en CMP que nous avons à nouveau rencontré Manuel, dans un autre cadre, où il était libre et par conséquent acteur de son suivi.

Au début, durant la première année, à plusieurs reprises Manuel ne s'est pas présenté à la date et à l'heure dont nous avons convenu, mais se présentait à d'autres moments, prétextant une erreur. Cependant Manuel nous a rencontré régulièrement, il est entré dans la psychothérapie. Il semblait apprécier l'espace qui lui était donné durant ces entretiens, se laissant aller de plus en plus à l'expression de ses angoisses et de son analyse du monde.

Manuel nous a relaté avoir fait un rêve qui se serait répété sur une période d'environ 3 semaines et au cours duquel il lui semblait avoir été télétransporté au Pakistan. Manuel disait avoir la preuve de cet événement, quoiqu'extraordinaire, car à son réveil il parlait indien alors

qu'il n'avait jamais appris cette langue (même si cette capacité a vite disparu). Dans ce rêve, Manuel était marié à une épouse modèle qui cuisinait et entretenait leur maison parfaitement. Des hommes voulaient sa mort, il devait éviter les pièges tendus par ces derniers, frôlant le drame de nombreuses fois. Manuel donne un sens à cet événement, entre le rêve et la réalité dans son mode d'appréhension de l'événement. Il nous explique qu'il pense que l'on vit dans un logiciel et qu'une personne est aux commandes de ce qu'il décrit comme étant « *une grosse blague* ». La personne aux commandes s'amuserait bien de nous voir évoluer dans ce monde.

Manuel a beaucoup d'intérêt pour différents domaines intellectuels : science, physique, histoire, etc. Il évoque régulièrement « *la fractale* » dont nous n'avons pas pu saisir toute la dimension scientifique mais qui semble lui permettre de trouver des explications à de nombreuses situations. C'est une façon d'appréhender le monde qui convient à Manuel.

D'un point de vue historique, Manuel est plutôt révisionniste. Par exemple il conteste le fait que des hommes aient pu construire de leurs mains les pyramides ou le Sphinx. Manuel n'est jamais allé en Egypte mais il a passé beaucoup de temps à observer des images de ces monuments, il nous confiera que le Sphinx « *est animé* », selon lui, « *par une âme* » et que cela « *est visible à l'œil nu* ».

Durant les entretiens, Manuel nous interroge régulièrement sur notre parcours universitaire, notre parcours de vie. Il s'inquiète également de ne pas abuser de notre temps, nous demandant régulièrement si nous ne débordons pas du « *timing* » fixé malgré que nous le rassurons sur ce fait. Manuel a également besoin de décider du moment où se termine l'entretien, il saisit toujours une opportunité pour dire par exemple : « *vous avez dit que nous avons terminé* » même si ce n'est pas vraiment le cas.

Manuel restait vague sur sa relation à ses parents chez qui il était retourné vivre suite à sa sortie d'hospitalisation. Il ne souhaitait pas vraiment aborder cette question durant les entretiens et restait flou sur ces éléments. Ses parents lui reprochaient de ne pas faire de démarche pour trouver du travail alors que Manuel disait en faire via internet mais que cela « *ils ne le comprennent pas* ». Manuel positivait quand on lui demandait comment leurs relations évoluaient « *oh vous savez ça va je ne fais pas attention à eux* », comme pour nous rassurer et il minimise la situation.

En 2016, au début de notre thèse, Manuel a été ré-hospitalisé suite à une énième dispute avec ses parents, mais plus violente cette fois. Il aurait poussé sa mère dans les escaliers mais le conteste et dit que c'est elle qui s'y est jetée seule. Il nous relatera notamment plusieurs épisodes où sa mère faisait des tentatives de suicide, du « chantage » au suicide. Sa mère a toujours eu besoin d'attirer toute l'attention sur elle, et cette fois-ci encore, sauf que cela a mené à son hospitalisation... C'est en quelque sorte ce qui ressort de l'analyse qu'il en a fait dans notre bureau. Cependant, nous ne rejettons pas l'idée qu'il ait pu la pousser, se sentant très angoissé par les crises d'hystéries qu'elle pouvait faire. Nous ne rejettons pas l'hypothèse selon laquelle elle se serait jetée pour le faire accuser non plus. Nous nous souvenons d'une séance de thérapie familiale réalisée avec le Dr D. au cours de laquelle sa mère avait raconté un épisode pour le moins ambigu. Lors d'une dispute avec ses parents, sa mère l'aurait au départ retenu de sortir, puis quand Manuel se serait enervé en opposition à cette interdiction de sortie, elle l'aurait « enfermé dehors » pieds nus, profitant d'un moment où ce dernier était allé fumer une cigarette pour fermer les volets de la véranda, l'empêchant d'entrer. Manuel s'était senti très mal ce jour-là.

Les reproches que ses parents font à Manuel sont relativement toujours les mêmes : il ne prend pas soin de ses affaires, de son espace de vie ni de celui de ses parents dans lesquels il jette ses mégots et ses cendres de cigarette... Paradoxalement, ils indiquent former une « bulle fusionnelle tous les trois » et ne pas concevoir être séparés, même après la mort, ils ont prévu d'être mis en terre dans le même tombeau.

Cela n'a pas empêché que Manuel soit mis sous mesure d'enfermement à la demande de sa mère, qui a porté plainte en parallèle, contraignant Manuel à se soigner. Manuel a été hospitalisé durant une année, jusqu'en 2017. Il refusait de prendre un traitement dans les premiers temps. Manuel pouvait conserver son ordinateur et sa voiture, étant censé sortir pour trouver du travail durant la journée et résider à l'hôpital le soir. Cela n'a pas tenu, Manuel s'est mis à dos toute l'équipe soignante, il allait jusqu'à fumer du cannabis dans sa chambre et ne trouvait pas de travail. Il a été transféré de service et donc sous la responsabilité d'un autre médecin beaucoup moins souple. Il a été rapidement mis en isolement et a subi des injections de force au départ. Ensuite il a accepté progressivement le traitement, même s'il se plaint d'une abrasion de son espace imaginaire. Il a été contraint de se plier aux règles

institutionnelles pendant plusieurs mois. Nous continuions à lui rendre visite, c'était une période difficile sur le plan transféro-contre transférentiel.

Au bout de quelques mois Manuel a pu obtenir un logement et la levée des mesures de protection. Ses parents continuent à s'immiscer dans la vie de Manuel malgré nos avertissements. L'assistance sociale a pu l'aider à trouver un logement dans lequel il semble paisible depuis près d'un an, mais ses parents veulent désormais en acheter un pour qu'il s'y installe... Récemment, il a eu un accident de voiture et attend le remboursement par son assurance.

MMPI 2-RF en T1 et T2 (24 mois après)

Interprétation des échelles de validité

Comme nous pouvons le noter, les échelles de validité sont toutes en dessous du seuil critique qui permet de mettre en évidence un biais dans le recueil des données. L'intérêt de cet outil réside notamment en la présence de ces sous-échelles, car même si les biais de désirabilité sociale et de mensonges ont depuis longtemps été mis en évidence, peu nombreux sont les auto-questionnaires à visée diagnostique à en proposer.

Aucune note supérieure ou égale à 15 ne remet en question la validité du protocole. Aucun résultat à ces échelles n'invalide le protocole (détail des résultats en annexes 3).

Lors de la seconde passation 24 mois plus tard, Manuel est hospitalisé depuis plus de six mois et attend avec impatience sa sortie. Il est sous neuroleptique alors qu'il ne l'était pas lors du T1.

Le résultat de ces échelles est différent en T1 et en T2, 24 mois plus tard, puisque le score de l'échelle RBs en T2 vient s'inscrire juste avant la limite fixée par le seuil critique. Manuel obtient le score de 14 à l'échelle RBS (échelle des réponses biaisées) alors que le seuil critique est de 15. L'augmentation de la sous-échelle RBS indique une tendance à la surévaluation et plus particulièrement à la non-validité des symptômes rapportés. Alors que nous avons remarqué en T1 au contraire une tendance à la sous-évaluation des troubles par rapport au tableau clinique puisqu'aucun diagnostic ni aucune mesure de prise en charge n'étaient indiqués à l'issue de l'évaluation par le MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013). Cependant, il

est possible que l'augmentation du score à cette échelle en T2 soit due à une tendance à répondre aléatoirement et donc de manière incohérente quant aux indicateurs diagnostiques.

Interprétation des échelles principales

Résultats aux échelles principales												
	Échelles globales			Échelles cliniques restructurées								
	EID ³⁹	THD ⁴⁰	BXD ⁴¹	RCd ⁴²	RC1 ⁴³	RC2 ⁴⁴	RC3 ⁴⁵	RC4 ⁴⁶	RC6 ⁴⁷	RC7 ⁴⁸	RC8 ⁴⁹	RC9 ⁵⁰
Notes T en T1	38	49	49	35	43	46	38	57	57	33	49	36
Notes T en T2	60	58	65	53	52	70	44	69	60	40	56	40

³⁹ Dysfonctionnement internalisé-Emotionnel

⁴⁰ Dysfonctionnement de la pensée

⁴¹ Dysfonctionnement externalisé/comportemental

⁴² Découragement

⁴³ Plaintes somatiques

⁴⁴ Faibles émotions Positives

⁴⁵ Cynisme

⁴⁶ Comportement antisocial

⁴⁷ Idées de persécution

⁴⁸ Émotions négatives Dysfonctionnelles

⁴⁹ Expériences bizarres

⁵⁰ Activation hypomaniaque

- EID (Dysfonctionnement internalisé/émotionnel) : en T1 les réponses du sujet indiquent un niveau d'adaptation émotionnelle supérieur à la moyenne. En T2, au contraire, les réponses du sujet peuvent indiquer un certain niveau de détresse émotionnelle, non négligeable.
- THD (Dysfonctionnement de la pensée) : est plus élevée en T2 venant marquer en effet, une morbidité plus importante en termes de troubles de la pensée en cette période que lors de la première hospitalisation en janvier 2015. Dans tous les cas, Manuel obtient un score en dessous du seuil critique, ce dernier étant fixé à 79.
- BXD (Dysfonctionnement externalisé/ comportement) : La note augmente jusqu'à 65 lors de la seconde passation, venant marquer une tendance au passage à l'acte significative avec des répercussions tout aussi notables. Il est vrai que Manuel a été mis en soin sous contrainte conjugué à une mesure judiciaire de suivi SPIP.
- RCd (Découragement) : en T1 indique un niveau d'enthousiasme et de satisfaction de vie supérieurs à la moyenne, tandis qu'en T2 la note augmente de 33 en première passation à 53 (+20 points en deux ans) mettant en lumière une diminution de la qualité de vie sans être pour autant significative puisqu'inférieure à la tranche 65-79.
- RC1 (plaintes somatiques) : (43 et 52) Cette échelle a pris 9 points en 2 ans mais ne se révèle toujours pas significative et indique selon les auteurs du test et nous invitant à conclure à « un sentiment de bien-être »... Nous le rappelons, Manuel est hospitalisé en soins sous contraintes et se plaint avec virulence de sa condition...
- RC2 (Emotions positives) : (46 et 70). Le premier temps révèle un niveau élevé de bien-être psychologique (selon les auteurs du MMPI-2-RF, E.C.P.A., 2013) tandis que T2 est significativement morbide puisque dépassant le seuil critique fixé à 65. La note élevée au second temps met en lumière que le sujet rapporte :
 - Un manque d'expériences émotionnelles positives
 - Une anhédonie importante
 - Un manque d'intérêt
- RC3 (Cynisme) : en T1 le résultat à RC3 indique que Manuel se représente autrui comme bien intentionné et digne de confiance, et nie les croyances cyniques envers eux. Les résultats à cette échelle indiquent même la possibilité d'une confiance excessive en T1. En T2, en revanche, le résultat est en augmentation sans être pour autant significatif et ne permettant donc pas d'infirmer l'inverse du résultat obtenu en T1... Nous verrons que

les résultats au test de Rorschach ne convergent pas dans ce sens et mettent au contraire un environnement et des objets internes vécus sur le mode persécutif, de la même manière que la clinique le révèle. Ce résultat nous paraît incongru et ne corrobore pas avec les données cliniques et projectives.

- RC4 (Comportement anti-social) : Le résultat à cette échelle est en très nette augmentation lors de la seconde passation et passe de 57 à 69 indiquant un résultat significatif. Selon les auteurs du MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013) un résultat supérieur à 65 à cette échelle indiquerait que le sujet a eu affaire à la justice, qu'il ne parvient pas à se conformer aux normes, qu'il a des relations interpersonnelles conflictuelles, qu'il est impulsif, qu'il passe à l'acte quand il s'ennuie, qu'il présente des caractéristiques anti-sociales, etc. Nous sommes assez surpris de cette liste de symptômes mis bout à bout pour caractériser la personnalité de Manuel. En outre, nous ne pensons pas qu'il passe à l'acte quand il s'ennuie mais quand la tension psychique est trop forte et/ou qu'il est acculé par sa mère ou dans ses délires d'interprétation. Par ailleurs, nous pensons qu'il peut en effet s'agir d'un trait relatif à la dimension revendicatrice et querulente de la paranoïa qui a éclos lors de la décompensation psychique il y a maintenant plus de 4 ans.
- RC6 (Idées de persécutions) : 57 en T1 et 60 en T2. Le cut-off score est fixé à 80 pour cette échelle, ne nous permettant pas de conclure dans les deux temps ! Malgré la symptomatologie très marquée chez Manuel, le MMPI-2-RF n'est pas en mesure de mettre en évidence les traits paranoïdes, le vécu de persécution, ni à travers la relation aux autres, comme nous l'avons mis précédemment, ni par le biais de l'échelle de persécution. C'est réellement problématique dans le sens où, comme nous le verrons, si nous ne nous en tenions qu'à la conclusion diagnostique du MMPI-2-RF, nous n'aboutirions qu'à un vague diagnostic de psychopathie ou pire, à aucun diagnostic alors qu'il s'agit d'un patient en grande détresse...
- RC7 (Emotions négatives dysfonctionnelles) : rapporte un niveau d'expérience émotionnelle négative inférieur à la moyenne lors de T1 avec un score égal à 33 et en légère augmentation lors du T2 puisqu'égal à 40 mais ne remettant pas en cause le résultat de T1... Nous ne pouvons qu'être critique par rapport à ce résultat au regard des nombreuses émotions de colère, de rage, de sentiment d'injustice que nous livrera Manuel durant les entretiens.

- RC8 (Expériences bizarres) : Malgré une augmentation de plusieurs points allant jusqu'à 56 lors de la seconde passation, nous ne pouvons pas conclure à des processus perceptifs inhabituels. Pourtant, nous savons, de par les entretiens menés avec Manuel, qu'il a des sensations de reminiscences de viol fréquentes et d'autres troubles de ce type... Nous ne pouvons à nouveau, que déplorer le manque de sensibilité de l'échelle.
- RC9 (Activation hypomaniaque) : Lors des deux passations, rapporte un niveau d'activation et d'engagement envers son environnement inférieur à la moyenne. Nous avons remarqué des mouvements maniaques, d'euphorie durant les entretiens pourtant.

-

Nous pouvons constater que Manuel est passé au travers de l'échelle RC6 de persécution. Cette observation va dans le sens de ce qui est indiqué dans la littérature concernant les difficultés pour les auto-questionnaires, même les plus fins, à détecter les indicateurs de la paranoïa. Les résultats à l'échelle RC3 vont même dans le sens inverse de ce que nous avons pu constater à travers l'observation clinique et le Rorschach quant à la relation d'objet. Rien n'indique dans la clinique que Manuel se sente en sécurité dans sa relation à autrui, bien au contraire (il dort avec des couteaux sous son oreiller de peur d'être cambriolé, il envisage difficilement une relation amoureuse de peur d'être trompé, etc.) Il semble que Manuel soit dans le déni de sa pathologie et que les résultats au test soient complètement biaisés à cause de ces mécanismes archaïques (déni et projection). Ne permettant pas à Manuel de faire preuve d'un retour a-minima objectif de sa personnalité.

Interprétation des échelles de problèmes spécifiques (SP)

Échelles des problèmes spécifiques (SP)				
MLS ⁵¹	HPC ⁵²	HPC ⁵³	NUC ⁵⁴	COG ⁵⁵

⁵¹ Malaise

⁵² Plaintes gastro-intestinales

⁵³ Maux de tête

⁵⁴ Plaintes neurologiques

⁵⁵ Plaintes cognitives

Notes T en T1	45	44	41	55	49
Notes T en T2	55	59	51	55	77

En T1, toutes les notes de Manuel à ces échelles étaient dans la norme, aucune plainte somatique n'avait été relevée. Dans la clinique en revanche, Manuel s'était plaint de douleurs chroniques au coccyx suite à l'épisode du viol.

En T2, en revanche, l'échelle COG correspondante aux plaintes cognitives (que Manuel explique par la prise de neuroleptiques) se situe dans le seuil critique. Le score obtenu signifie selon les auteurs du MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013) que Manuel «rapporte des plaintes neurologiques vagues » sans plus d'information.

Interprétation des échelles d'externalisation

Résultats aux échelles d'externalisation									
	SUI ⁵⁶	HLP ⁵⁷	SFD ⁵⁸	NFC ⁵⁹	STW ⁶⁰	AXY ⁶¹	ANP ⁶²	BRF ⁶³	MSF ⁶⁴
Notes T en T1	46	55	40	47	41	42	38	48	48

⁵⁶ Idées suicidaires

⁵⁷ Impuissance/désespoir

⁵⁸ Doute de soi

⁵⁹ Inefficacité

⁶⁰ Stress/inquiétude

⁶¹ Anxiété

⁶² Propension à la colère

⁶³ Peurs inhibitrices du comportement

⁶⁴ Multiples peurs spécifiques

Notes	65	74	40	47	65	42	46	55	36
T en									
T2									

La seule note significative et qui corrèle négativement est la propension à la colère (ANP).

-SUI (idées suicidaires) : La note augmente très clairement entre T1 et T2. En T2, le résultat est significatif et Manuel rapporte « qu'il se sent désespéré et pessimiste », ce que nous constatons aussi dans la clinique. Depuis que Manuel a été hospitalisé la seconde fois en 2016, il présente une valence dépressive encore inconnue chez lui auparavant. Il nous a même exprimé parfois son envie de mourir, sans avoir planifié le passage à l'acte. Cette valence autoagressive n'a pas pour autant abrasé la valence hétéroagressive dans le sens où Manuel nous a indiqué que pendant toute l'année 2016 il souhaitait acheter des « bazooka » et « tous les dégingluer un jour ». Lorsqu'il était hospitalisé, Manuel évoquait beaucoup l'idée de représailles, mais il semble s'être apaisé sur ce point depuis quelques mois. Cependant la valence dépressive est toujours présente, même si nous avons remarqué qu'il nous en fait moins part qu'au Dr D. de peur de nous inquiéter...

-HLP (Impuissance/désespoir) : en seconde passation, en 2017 est très élevée, indiquant significativement un pessimisme et un sentiment de désespoir. En 2015, le score était déjà relativement élevé, égal à 55.

-SFD (Doute de soi) : est très faible, il semble évident que Manuel ne doute pas de lui-même... Cela correspond avec notre hypothèse d'un Moi mégalomane et d'une grande difficulté à poser un regard objectif sur soi, une conscience de soi harmonieuse avec le principe de réalité...

-NFC (inefficacité) : est basse dans les deux cas, ne remettant pas en doute les aptitudes de Manuel...

-STW (Stress/inquiétude) : Lors de la seconde passation, Manuel atteint le seuil critique fixé à 65. Ce résultat signifie, selon les auteurs, un niveau de stress et d'inquiétude, supérieur à la moyenne. Nous ne pouvons que confirmer ce résultat dans le sens où Manuel est très stressé lors de la passation en raison du fait qu'il a été changé de service et que le médecin de cette

unité ne lui a fait aucune faveur. Manuel se sentait très persécuté et devenait très virulent à cette époque, même si avec nous il a toujours voulu échanger en cette période. Nous menions des entretiens d'une heure toutes les deux semaines en moyenne. Depuis un lien fort est établi avec Manuel.

-AXY (Anxiété) : étonnement ce résultat reste très faible.

-ANP : correspond à une note très basse en T1 et indiquait une très faible propension à la colère ; mais fort heureusement, en T2, Manuel a légèrement pris conscience de l'écart entre sa représentation et la réalité...

Lorsque nous avons fait passer le questionnaire à Manuel en T1 il était encore hospitalisé et il savait que son médecin psychiatre s'appuierait sur les conclusions de notre expertise pour décider de lever ou non l'hospitalisation sous contrainte. En revanche lors du T2, Manuel avait saisi qu'il remplissait ce questionnaire pour notre recherche mais que cela n'aurait aucune influence sur ses possibilités de sortie, du fait de l'indépendance primordiale posée entre nous et le médecin du service (fermé) dans lequel il résidait. Nous pouvons, dans les circonstances de T1, facilement envisager que Manuel n'ait pas répondu sincèrement au test afin de sortir de l'hôpital au plus vite (dont il avait fortement exprimé le désir lors de nos entretiens) et cela expliquerait en partie l'augmentation de quasiment toutes les notes en T2. Néanmoins, il nous semble également que la prise de neuroleptiques associée à l'hospitalisation sur un long court, dont les 3 derniers mois en service fermé auront permis à Manuel de prendre du recul sur sa situation ; même si nous déplorons que le traitement ait été administré de force lors d'une mise en isolement avec des sangles d'après le patient. Cet épisode venant renforcer au passage son délire autour du viol pendant un certain temps. Lorsqu'il en avait l'opportunité à la fin de son séjour, Manuel nous demandait de faire l'entretien dans le parc de l'hôpital et nous emmenait dans son délire à propos du viol qu'il aurait subi alors que sa porte était fermée à double tour et qu'aucune trace d'effraction n'a jamais été constatée. En cette période, les régressions fantasmatiques anales étaient massives, Manuel nous expliquait que ses violeurs avaient mis du gaz dans les tuyaux de son bâtiment, qu'ils se seraient introduits aussi par cet endroit ou auraient eu les clés (parce que constructeurs de son immeuble récent), etc. Il fantasmat sur le fait qu'il aurait été plongé dans une cuve de citerne, la preuve en était qu'il n'en avait jamais vu mais savait comment cela était constitué et pouvait nous le décrire. En cette période Manuel attirait notre attention

sur les pouvoir de l'intestin, constitué de neurones, tel le cerveau. C'est par l'intestin que ses violeurs l'auraient rendu abruti, par le biais du sperme. Peut-être même était-ce du sperme de chien... Manuel ne cessait de délirer, et nous emportait dans ses délires, mais nous devons l'indiquer au contre-transfert parfois nous ressentions beaucoup de dégoût.

Interprétation des échelles d'externalisation

Résultats aux échelles d'externalisation				
	JCP ⁶⁵	SUB ⁶⁶	AGG ⁶⁷	ACT ⁶⁸
Notes T en T1	55	60	43	37
Notes T en T2	62	72	61	37

Comme nous l'avons observé dans les échelles précédentes, Manuel obtient un score plus élevé à presque toutes les sous-échelles. Lors de la première passation, en 2015, la seule note qui soit significative (ACT) se corrèle à nouveau négativement. À savoir qu'ACT indique un niveau d'énergie et d'activation inférieur à la moyenne et le résultat à cette échelle correspond effectivement à ce que Manuel nous a décrit de lui (années sabbatiques passées à flâner, enfermé chez lui). En revanche nous étions très étonnée en 2015, qu'en fumant une dizaine de joints par jour en cette période, Manuel n'obtienne pas une note significative à l'échelle d'abus de substance. Cet élément tend à valider l'hypothèse que nous poursuivons depuis le début de l'analyse des résultats de Manuel MMPI-2-RF. Hypothèse selon laquelle ce test ne serait pas adapté à sa problématique. Les formations défensives du Moi dans la paranoïa tendraient à mener le sujet inscrit dans cette lignée structurelle à rejeter à l'extérieur tous les conflits internes ainsi qu'à dénier tous les éléments en discordance avec une image de soi

⁶⁵ Échelle problèmes de comportement à l'adolescence

⁶⁶ Échelle abus de substances

⁶⁷ Échelle agressivité

⁶⁸ Échelle activation

idéale. Comme l'ont relevé les nombreux auteurs que nous avons cités dans la revue de la littérature (Bentall et al., 2001-2003 ; Tiernan et al., 2014 ; Garety et Freeman, 2002 ; Gilbert et al., 2004), ce mode de fonctionnement ne permettrait pas le processus d'introspection nécessaire pour répondre à un questionnaire de personnalité sans un minimum de travail en amont (alliance thérapeutique solide).

- JCP (Problèmes de comportements à l'adolescence) : est élevée lors de la seconde passation mais n'atteint cependant pas le premier score seuil critique fixé entre 65 et 79.
- SUB (Echelle d'abus des substances) : est en revanche très élevée lors de la seconde passation, venant révéler la réalité sur les facteurs de comorbidités associés à la personnalité d'organisation paranoïaque de Manuel. Comme nous l'avons indiqué, ce résultat a été obtenu grâce à une forte alliance thérapeutique entre le patient et nous, il savait en outre que nous ne dévoilerions pas les résultats au médecin de l'unité dans laquelle il était contraint de résider. En effet, Manuel niait toujours user de substance malgré les odeurs que celle-ci dégageaient dans les couloirs de l'hôpital, voire dans sa chambre... Manuel a poussé la patience des soignants très loin avant d'être changé de service où il n'avait alors plus aucun droit (ni de sortie, ni d'appel, ni d'ordinateur, etc.).
- AGG (agressivité) est nettement plus élevée lors de la seconde passation mais s'arrête juste avant le seuil critique (< 65)
- ACT (Activation) est très faible, indiquant en effet une tendance à l'inactivité...

Interprétation des échelles Interpersonnelles

Résultats aux échelles Interpersonnelles					
	FML ⁶⁹	IPP ⁷⁰	SAV ⁷¹	SHY ⁷²	DSF ⁷³
Notes T en T1	52	53	50	46	56
Notes T en T2	56	50	73	47	71

Aucune note n'est significative à ces échelles lors de la première passation et nous nous interrogeons sur ce point en 2015 puisque FML correspondant aux problèmes familiaux était dans la norme inférieure, et que grâce aux données cliniques, nous savions que Manuel avait de nombreux conflits avec ses parents et plus particulièrement avec sa mère. Une fois encore, le MMPI ne permettait pas de mettre en lumière cet élément pourtant précieux dans l'appréhension de la problématique du patient.

En revanche, en T2, Manuel obtient un score un peu plus élevé à cette sous-échelle, sans indiquer pour autant l'intensité des conflits qui ont animé la famille de Manuel, ces dernières années. Il semblerait, que malgré la mesure d'éloignement à laquelle il a été contraint (Manuel n'a pas eu le droit d'approcher à plus de 150 mètres la maison familiale) pendant plusieurs mois (15 et quelques). Il nous a idéalisée dans le transfert « *vous êtes la femme idéale* » nous jettera-t-il un jour brièvement sans vouloir « *jamais* » revenir dessus comme honteux de ce qu'il avait dit...

- IPP (Passivité interpersonnelle) : reste dans la norme lors des deux temps.

⁶⁹ Échelle Problèmes Familiaux

⁷⁰ Échelle Passivité Interpersonnelle

⁷¹ Échelle Évitement Social

⁷² Échelle Timidité

⁷³ Échelle Désaffiliation

- SAV (évitement social) : est élevé lors de la seconde passation (+ 23 points) et indique l'enkystement d'une souffrance évidente chez Manuel, un repli narcissique. Les auteurs du MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013) interprètent un score de cette nature à cette échelle comme une « tendance à la soumission dans les relations interpersonnelles ». Or, nous savons combien Manuel a en horreur de se soumettre, même si finalement cela s'avère également être un fantasme fondamental (rêve de viol comme dans la problématique du Président Schreber qui rêve de devenir « la putain de Dieu » [Freud, 1911]). Dans tous les cas, le test ne permet pas de révéler au contraire la tendance à se refuser à la soumission ainsi qu'à la passivité. Manuel est revendicateur, quérulent, il se sent victime d'une immense machination et le sentiment d'injustice qu'il expérimente lui semble insupportable « *vous devriez appeler la police si vous voulez m'aider, il faut leur dire ce que j'ai subi ! ne restez pas là les bras croisés, dites-leur si vous voulez m'aider !* » (Manuel en entretiens lors de son hospitalisation sous contrainte en 2016)

Interprétation des échelles d'intérêt

a) Intérêt esthétique- Littéraire (AES)

Lors de la première passation, la note brute est égale à 3 et la note T de 52 ce qui n'indique pas un intérêt particulier pour les activités de nature esthétique ou littéraire. Ce résultat est effondré lors du second temps en 2017 mettant en évidence « aucun intérêt pour les activités ou les occupations de nature esthétique ou littéraires » (E.C.P.A., 2013, p. 77). Le résultat ne nous étonne pas dans le sens où Manuel était centré sur ses revendications en cette période. Actuellement en 2018, Manuel nous a informés qu'il écrivait un roman et que nous pourrions le lire...

b) Intérêt mécanique-Physique (MEC)

La note brute est de 4 et la note T de 58 ce qui n'indique pas d'intérêt particulier pour les activités de nature mécanique ou physique. La note est quasiment identique en 2017 lors du re-test.

Interprétation de l'échelle de psychopathologie de la personnalité (PSY-5)

Résultats aux échelles de psychopathologie de la personnalité (PSY-5)					
	AGGR-r ⁷⁴	PSYC-r ⁷⁵	DISC-r ⁷⁶	NEGE-r ⁷⁷	INTR-r ⁷⁸
Notes T en T1	45	49	49	35	54
Notes T en T2	53	56	62	52	86

Nous l'avons mis en lumière dans la partie méthodologique, la paranoïa est reconnue selon l'étude de J.A. Finn et al. (2014) comme corrélant négativement avec l'échelle NEGE-r (émotions négatives). De fait, pour les raisons que nous avons déjà développées, le paranoïaque a tendance à rejeter les émotions négatives internes à l'extérieur et donc à ne pas les reconnaître comme venant de soi. Il semblerait que ce soit la seule donnée cohérente que nous ayons recueillie dans le protocole de Manuel.

Lors de la seconde passation, ce résultat est très élevé en revanche (INTR-r Manuel [T2] = 86), mettant en évidence selon la proposition d'analyse du MMPI-2-RF (E.C.P.A., 2013) le fait que le sujet rapporte beaucoup d'expériences émotionnelles négatives. Nous pensons que la prise en charge bifocale (médicale et psychologique) aura permis à Manuel de s'introspecter davantage et aussi de faire en sorte que le principe de plaisir ne prenne pas tant le pas sur le principe de réalité qu'en 2015 et permette à Manuel d'avoir des réponses plus fiables de lui-même. Nos constats sur les limites du questionnaire MMPI-2-RF concernent particulièrement les sujets n'ayant pas eu l'occasion de réaliser de psychothérapie et avec qui le psychologue qui réalise le bilan n'a pas créé un lien de confiance suffisamment solide pour

⁷⁴ Agressivité-Révisée

⁷⁵ Psychoticisme-Révisée

⁷⁶ Désinhibition-Révisée

⁷⁷ Émotions négatives/ Névrosisme-Révisée

⁷⁸ Introversion/ Émotions Positives Faibles-Révisée

permettre aux traits de la personnalité de s'exprimer dans les réponses. La tendance à corrélérer négativement avec le névroticisme concernerait le même public que celui soumis à la crainte ou à l'incapacité de révéler le vécu interne rejeté ainsi que le type de rapport à soi et à autrui que le sujet peut entretenir en général dans sa vie privée, relative à son organisation princeps de la personnalité.

Par ailleurs, l'échelle PSYC-r, traditionnellement nommée l'échelle de psychoticisme, ne met pas en évidence la symptomatologie psychotique pourtant flagrante en cette période dans le fonctionnement de Manuel ! Ni la première passation, ni la seconde ne permettent de le révéler. Alors qu'au contraire, nous l'avons tenté plusieurs fois, les sujets schizophrènes obtiennent systématiquement un score révélateur à cette échelle. Nous encourageant à faire de futures recherches quantitatives et longitudinales pour établir la différence, que nous supputons significative entre les deux sous-groupes à propos de l'échelle PSYC-r et de sa capacité à détecter la paranoïa dans la lignée psychotique... Manuel est pourtant lui aussi soumis à la dissociation psychotique, connue pour sa positivité symptomatologique et donc son objectivation enviable. Le MMPI-2-RF peine pourtant à le détecter chez ces organisations contrairement aux organisations schizophréniques qui ne masquent pas et ne se protègent pas comme dans la paranoïa. Cela à aussi à voir avec la capacité d'introspection, car même si le principe de plaisir prend le pas sur le principe de réalité, chez le patient schizophrène on repère une certaine capacité à admettre la maladie. Tandis que dans la paranoïa, ce processus introspectif appelé l'insight par les cognitivo-comportementalistes est beaucoup moins aisé. Certainement à cause de la dimension projective plus prégnante.

Conclusions concernant l'évaluation par le MMPI-2-RF:

Aucune des échelles ayant un contenu critique et indiquant une nécessité de prise en charge immédiate (SUI ; HLP ; AXY ; RC6 ; RC8 ; SUB ; AGG-r) n'a reçu une note égale ou supérieure à 68 lors de la première passation. Nous ne pouvions pas poser de diagnostic sur la base de cet outil en 2015 au moment des prémisses de la prise en charge (premier mois d'une primo-hospitalisation suite à une crise clastique chez ses parents). Les échelles qui apparaissent significatives en 2015 l'étaient toutes parce que corrélées négativement (seuil égal ou en dessous de 39) et pouvant nous mener à nous interroger sur la volonté de collaborer de Manuel en cette époque.

Lors de la seconde passation en T2 (2017), quasiment tous les scores augmentent en moyenne entre 8 et 16 points mettant en évidence une plus grande sensibilité de l'outil suite à une prise en charge psychologique et psychiatrique de 2 ans. Les traits paranoïdes peuvent être mis en lumière, cependant, sans être significativement discriminants de la population générale. Les relations à autrui sont toujours considérées comme de nature positive. Ce qui ressort davantage, certainement parce que relevant du symbolique, les poursuites judiciaires. Ces faits ont certainement participé à l'augmentation de l'échelle de psychopathie, en plus du fait qu'il est vrai qu'en 2016 et en 2017 lors de son hospitalisation sur le long court par contrainte, Manuel a développé des traits psychopathiques pour se défendre d'un environnement vécu sur un mode hyper menaçant.

Lepoutre et al. (2016), ont mis en évidence que l'émergence de processus secondaires de type dénégation est un facteur pronostique favorable chez les personnalités paranoïques. Nous viendrons renforcer leurs propos car nous repérons aussi au test une émergence positive de kinesthésies sadomasochiques, de la projection du besoin d'emprise dans les structures paranoïques les plus compensées (Exemple Kad, René II, Catherine, etc.)

Critiques des échelles de paranoïa dans l'évaluation de la personnalité

Au regard du résultat obtenu à l'échelle RC6, contenant les items permettant à priori de mettre en évidence les traits paranoïdes, il nous semble que nous devons rester très critique par rapport à cet outil pour prétendre qu'il pourrait viser à l'évaluation de la personnalité paranoïaque. Sans une alliance thérapeutique très solide avec le sujet cela nous semble impossible. Les items du type « *quelqu'un a essayé de m'empoisonner* » ou « *quelqu'un essaie d'influencer mes pensées* » sont soumises à la critique de nos patients lorsque nous leur faisons passer les questionnaires. Ils nous indiquent, par exemple, à l'instar de Manuel : « *c'est quoi ces questions, vous voulez me faire passer pour un fou ?* ». Il n'y a que durant les phases où le délire d'interprétation est très intense que Manuel admet de dire publiquement qu'il existe un complot contre lui. Répondre à un questionnaire est une démarche différente en général, pour les patients, que de se laisser aller à la confiance et indiquer ces mêmes éléments (que quelqu'un a influencé ses pensées ou aurait tenté de l'endormir avec du gaz ou l'empoisonner et tout autre élément de persécution) autrement. Lorsqu'ils répondent au questionnaire, les patients sont hypervigilants, se méfiant énormément de l'interprétation que nous en ferons. Ils nous ont paru appréhender davantage le questionnaire, très long à passer,

que le test de Rorschach, mais peut-être en raison de la dynamique transférentielle et de notre propre appréhension par rapport au MMPI-2-RF lorsqu'il s'agissait de le faire passer. Lors de notre année de master II nous avons vécu des séances difficiles avec les patients persécutés par le questionnaire. Il nous a semblé clairement plus aisé de leur proposer le Rorschach car il est possible de se dégager de la visée diagnostique au test et d'étayer le patient sur des questions relatives à l'imaginaire et autres éléments de sa subjectivité pris en compte et évités par l'évaluation de ces échelles trop explicites.

Evaluation clinique et projective de Manuel en deux temps

Rorschach en T1

<p><u>Planche I :</u></p> <p>10''</p> <p>R1 : Une tête de chien ou une tête de chat</p> <p>R2 : Un insecte écrasé, peut-être un insecte.</p> <p>R3 : Une tâche d'encre pliée en deux, en plus elle est comme je l'ai déjà vue dans les films.</p> <p>1'34''</p>	<p>Les deux oreilles, les yeux, quatre yeux. Plutôt un chien. (G/bl)</p> <p>Deux pinces et des petites antennes. (D médian.)</p> <p>G</p>	<p>G/bl- F+ Ad Ou/Yeux → Contam</p> <p>D F- (A) Defect</p> <p>G- F+- Frag Ref Perso</p>	<p>Projection du morcellement de l'enveloppe corporelle</p> <p>Tentative de recours à la réalité doublée d'intellectualisation</p>
<p><u>Planche II :</u></p> <p>20''</p> <p>R4 : Je ne sais pas, peut-être une vertèbre, une colonne vertébrale.</p>	<p>Les disques des vertèbres vues du dessus. Un ossement de colonne vertébrale, la pointe c'est</p>	<p>G/bl- FE Anat/ Ref phal</p>	<p>Lutte contre le morcellement de l'enveloppe corporelle par une intellectualisation</p>

<p>R5 : Deux personnes qui ont les mains posées les unes contre les autres.</p> <p>45''</p>	<p>l'épine dorsale.</p> <p>On dirait deux siamois qui se tiennent les mains, qui font une danse symbolique à genoux ou accroupis.</p>	<p>D K H Rem lien</p> <p>→Confab</p>	<p>échouée</p> <p>Lien anaclitique dans le protocole suivi à l'enquête par la projection d'une difficulté de séparation individuation</p>
<p><u>Planche III :</u></p> <p>10''</p> <p>R6 : Pareil, deux personnes qui ont l'air face à face. J'essaye de forcer l'interprétation.</p> <p>V R7 : Un scarabée à l'envers, un insecte et une mouche. 53''</p>	<p>Qui se tiennent comme ça. (?) Plutôt des femmes. Les icônes africaines comme les statuettes africaines déformées, comment on les appelle ?</p> <p>Ouais un scarabée ou une mouche avec des pinces. (G)</p>	<p>D K H/ (H) Ban</p> <p>→C'→devit</p> <p>D F- A/A</p> <p>→ Ref Phal</p>	<p>Le « face à face » suggère la projection d'agressivité dans la relation non assumée à l'enquête (cf devit) et laisse apparaître une valence dépressive (sensibilité au C')</p> <p>Telescopage de regnes et recours à la réalité échoué</p>
<p><u>Planche IV :</u></p> <p>Hum... (Rire mais faible)... Je sais.</p> <p>29''</p> <p>R8 : Une personne avec deux grosses bottes, un yéti ou un truc comme ça. 1'01''</p>	<p>(G)</p> <p>Un genre de Yéti avec des bottes avec une queue vue d'une perspective en contre-plongée.</p>	<p>Eq. Choc</p> <p>G+ FE (H) Ref Phal</p> <p>→persp.Anale</p>	<p>Reconnaissance de la puissance phallique suivie d'une régression anale à l'enquête</p>
<p><u>Planche V :</u></p>			

<p>Hum... 13''</p> <p>R9 : Un genre de papillon chauve-souris, ça dépend du point de vue dans lequel on la voit.</p> <p>38''</p>	<p>G</p>	<p>G- F- A/A (Ban) Contam</p>	<p>Telescopage d'espèce traduisant le trouble de l'identité</p>
<p><u>Planche VI :</u></p> <p>(Reste immobile, comme figé par ce qu'il voit)...</p> <p>Je ne saurais pas vous dire celui-là.</p> <p>1'22''</p>	<p><u>Enquête des limites :</u></p> <p>On pourrait parler d'une étoile légèrement. Le Monthy Python, un film, ils ont la saute grenade, avec une sorte de grenade, une sainte grenade !</p>	<p>→Refus</p> <p>(G- F- Elem/ Obj Destruction)</p>	<p>Sidération traumatique face à la symbolique sexuelle</p> <p>Tentative d'intellectualisation face à la violence pulsionnelle anale</p>
<p><u>Planche VII :</u></p> <p>(Mouvement de recul)</p> <p>35''</p> <p>R 10 : Deux personnes les unes en face des autres, la queue de cheval relevée, peut-être des petites chinoises.</p> <p>1'23''</p>	<p>Comme ça, une danse les mains en arrière peut-être.</p> <p>(G)</p>	<p>Eq. Choc</p> <p>G+ K+ H/Henf Ref Phal →persp.Anale</p>	<p>Planche abordée sur un mode regressif (Henf) avec l'analité à nouveau présente à l'enquête</p>
<p><u>Planche VIII :</u></p> <p>15''</p> <p>R 11: Deux caméléons, deux animaux qui grimpent sur les côtés, le</p>	<p>Leur position, les geckos ça colle comme ça souvent.</p>	<p>D Kan A Ban</p>	<p>Refoulement pour une fois opérant....</p>

rouge là. 35''	(D)		
<u>Planche IX :</u> R 12 : Une coupe au milieu dans le blanc. Ça ne m'inspire pas plus. 50''	Comme un grêle ici (D/bl) <u>Rep. Ad. :</u> Deux petits rubis, (?) le rubis c'est rouge l'émeraude c'est vert, donc la forme oui. Il y a comme un problème symétrique non ? J'avais pas vu... (m'interpelle me montre la différence de symétrie). J'avais pas vu mais oui, au centre là. Même un peu là dans le rouge, c'est pas exactement pareil... Mais à l'extérieur aussi, je pense qu'il y a un petit problème de symétrie dans les détails.	D/bl F- Obj (D F- Art) → Crit obj. → Sym	Sensibilité au manque Tentative échouée d'intellectualisation
<u>Planche X :</u> 47'' R 13: Une forme d'anatomie. R 14 Une forme de visage, les deux yeux, les moustaches.	Deux yeux, un nez, une moustache, peut-être un visage, un déguisement de carnaval. C'est symétrique, mais les contours ne le sont pas ! La figure a l'air symétrique mais les	G- F- Anat D F- Hd → Yeux Ref Phall → Crit Obj	Projection du morcellement de l'enveloppe corporelle

1'33''	couleurs sont plus prononcées là.	→ Sym	
--------	-----------------------------------	-------	--

Psychogramme résumé (T1)

<p>R= 14; T = 10'40 ; T/R= 69''</p> <p>G%= 50% ; Somme G+= 1/8 ; D%= 50%; TA= <u>G-D</u> (surligné)</p> <p>Succession incohérente</p> <p>F% élargi = 92% ; F%= 57% ; F+% = 18% ; K= 3 ; kan= 1 ; FE= 2 ;</p> <p>F% élevé et F+%bas : conflit pulsion/ réalité</p> <p>TRI= 3/0 introversif ; FS= 1/1 ambiqual ; RC%= 26,67% introversif ;</p> <p>A%= 33,3% ; H%= 26%; (3H/1Hd rapport respecté; 3A/OAd rapport non respecté)</p> <p>IA= 21% (Anat= 2 ; Hd= 1)</p> <p>Ban = 2 ; (Ban) = 1 ; Defect= 1 ; Ref Phal= 4 ; Yeux= 1 ; Ou= 1 ; Contam= 1 ; Ref perso = 1 ; Refus= 1 ; Eq Choc= 1 ; Ref perso= 1 ; → Perspect anale= 2 ; → Confab= 1 ; → Contam= 1 ; → Yeux= 1 ; → Sym=2 ; → Crit obj= 2 ; → Ref Phal= 2</p>
--

Passation psychanalytique T1

Un chien/ chat : à l'Égypte, il y a plus de symboles avec des chiens, des chats, etc. Je préfère les chats, c'est sympa un chat, c'est mignon.

Un insecte écrasé : Je n'écrase pas les insectes. J'aime les araignées, j'aime pas trop les moustiques, c'est la guerre quand il y en a dans la chambre.

Moines : tout ce qui est culture tibétaine. Je suis féru d'histoire donc j'ai fait des recherches.

Danse symbolique : à la méditation, la prière tout ça. (?) Par rapport à moi ? Je ne fais rien de tout ça...

Epine dorsale : rien du tout. Peut-être une douleur en faisant du sport, judo, jujitsu, boxe.

Scarabée : le symbole de la fertilité de l'Égypte. J'ai eu 5/6 petites amies, plutôt sur la durée, plutôt constructif sauf à une ou deux fêtes où je ne me souviens plus. Des ruptures des trucs comme ça, je ne me suis jamais posé (?). Il y a une copine qui a déconné, une rencontre avec un autre garçon. Si j'ai une copine qui va voir un autre garçon c'est la rupture... J'aurais bien aimé avoir un enfant.

Un yéti : l'Italie peut-être, des bottes de rangers, l'armée.

Petites chinoises : Rien

Gecko : à des documentaires animaliers, je suis assez fan de documentaires.

Rorschach - Re-test (24 mois plus tard) en T2

<p>Planche I :</p> <p>15'' C'est de la triche parce que je m'en souviens, on dirait une tête de chien ou alors deux russes en train de danser la Troïka</p> <p>Bon bah je vois bien que c'est pas symétrique, j'ai déjà fait le test.</p> <p>Ca sera tout je pense</p> <p>1'17''</p> <p>v Aucune idée peut-être un genre de Graal au milieu, de St Graal</p> <p>1'35''</p>	<p>G avec les deux oreilles là</p> <p>D lat ils ont l'air de vouloir partir chacun de leur côté peut-être des acrobates ou alors ils se battent pour récupérer une robe de princesse</p> <p>D médian scarabée on dirait deux mecs qui veulent partir chacun de leur côté et couper le truc au milieu</p> <p>Ca se trouve c'est un truc plus dur à comprendre la carte d'un pays</p> <p>St Graal bah ouais au milieu comme une coupe</p>	<p>1. G/bl- F- Ad</p> <p>2. D K H/Vet Sym → Rem Lien →</p> <p>3. D F- (Obj)</p> <p>Rep. Ad : (D F+ A) (D F- Geo)</p>	<p>Représentation de soi :</p> <p>Projection de la méfiance</p> <p>1. Parcelleire</p> <p>Tentative d'intellectualisation mais qui ne tient pas remplacée par une projection d'agressivité dans la relation à l'enquête comme à PII, ce qui va de pair avec la valence paranoïaque présente dans ses relations au niveau clinique</p> <p>2. Entière non unitaire</p> <p>3. Entière non unitaire</p> <p>À nouveau tentative d'intellectualisation</p>
--	---	--	---

			(échouée)
<p>Planche II :</p> <p>12'' On dirait deux bonhommes qui se tapent dans la main.</p> <p><^v>^Tenez, bon je pense que c'est pas exactement symétrique c'est des tâches de peinture</p> <p>1'2''</p>	<p>Comme ça avec des bonnets phrygiens</p>	<p>4. D K C H / Vet Ref Phal</p> <p>5. D F+- Frag</p>	<p>4. Entier unitaire</p> <p>Formation réactionnelle contre l'agressivité</p> <p>5. Fragmentaire</p> <p>Tentative de recours à la réalité</p>
<p>Planche III :</p> <p>V A l'envers on dirait un scarabée</p> <p>^Dans le sens inverse on dirait deux serveurs qui sont en train d'amener un seau à quelqu'un (rit) ça le fait rire les dessins on peut imaginer n'importe quoi</p> <p>45''</p>	<p>D lat avec les pinces, aussi c'est vraiment des pinces de scarabée</p> <p>Y a des petits papillons</p> <p>A l'envers on voit deux blacks deux mecs qui se battent pour une couscoussière</p>	<p>6.D F- A</p> <p>7.D K H/Obj Ban</p> <p>Rep. Ad :</p> <p>→C'</p> <p>(D F- Ad)</p> <p>(D F+ A Ban)</p>	<p>6. Entière non unitaire</p> <p>Tentative de recours à la réalité</p> <p>7. Entier unitaire</p> <p>Le refoulement mis en place (Ban) ne tient pas à l'enquête où la projection d'agressivité dans la relation occupe le devant de la scène</p>
<p>Planche IV :</p> <p>V ^On dirait un</p>		<p>8. G- KE- H/Obj Ref</p>	

<p>bonhomme (rit) vu en contreplongée si je peux dire parce qu'on voit la semelle des ses godasses mais sinon un bonhomme qui tient sur une tige</p> <p>40''</p>	<p>Qui se tient sur un truc un genre de tabouret peut-être, en contreplongée</p>	<p>Phal Perspect anale</p>	<p>8. Entier non unitaire</p> <p>Angoisse par rapport à la puissance phallique (tige+estompage) avec comme au T1 association avec un niveau de régression anale...</p>
<p>Planche V :</p> <p>5''</p> <p>Alors une chauve-souris v ouais ^oui une chauve-souris</p> <p>26''</p>		<p>9. G+ F+ A Ban</p>	<p>9. Entier unitaire</p> <p>Refoulement opérant (Ban) contrairement au T1 permettant une accession non troublée à l'identité</p>
<p>Planche VI :</p> <p>V ^baille je ne sais pas</p> <p>Une sainte Grenade ou un truc du Monty Piton (trois comiques anglais)</p> <p>40''</p> <p>On pourrait croire qu'il y a bébé phoque en haut mais c'est tout</p>	<p>Sainte Grenade : pointe</p> <p>C'est un film rigolo, le truc qui dépasse, je crois que les toutes premières grenades fonctionnaient comme ça</p> <p>Bébé phoque aucune idée (D sup)</p>	<p>10. D F- (Obj)</p> <p>Comme au T1 tentative d'intellectualisation face à la violence pulsionnelle</p> <p>11. D F- Aenf</p>	<p>10. Entière non unitaire</p> <p>Regression archaïque</p> <p>11.Entière non unitaire</p>

<p>Planche VII :</p> <p>3'' Ouais des danseuses, des danseuses. (Baille).</p> <p>V C'est tout ce que je vois</p> <p>25''</p>	<p>Lève les mains et dit bah là comme ça quoi ...</p> <p>Prends plusieurs planches et me dit « c'est possible de les assembler »</p> <p>Danseuse 2/3 tiers sup. Des danseuses avec des genres de chignons en haut</p>	<p>12. D K H → Ref Phal</p>	<p>12. Entier unitaire</p> <p>Symbolisation réussie étonnante du féminin même s'il n'est pas capable de voir la planche dans la globalité</p>
<p>Planche VIII :</p> <p>5'' Ouais on dirait deux caméléons</p> <p>v Ouais une fleur (rose) avec ses deux pétales ici (vert)</p> <p>37''</p>		<p>13. D F+ A Ban</p> <p>14. D F- Bot</p>	<p>13. Entier unitaire Refoulement présent</p> <p>14. Entière non unitaire</p> <p>Tentative de symbolisation du féminin à nouveau</p>
<p>Planche IX :</p> <p>Bof hein 25'' C'est pas très symétrique c'est tout ce que je pourrais dire.</p> <p>Peut-être une épée, pas de Damoclès mais une épée enfoncée, d'Arthur</p> <p>Baille 51''</p>	<p>D Médian</p>	<p>Sym</p> <p>→ Refus</p> <p>15. D F- Obj Ref Phal</p>	<p>Projections paranoïdes sur la symétrie</p> <p>15. Entière non unitaire</p> <p>Refoulement du désir homosexuel en lien avec la planche IV</p>

<p>Planche X :</p> <p>On dirait 9'' bien qu'il y a une Tour Eiffel avec deux trucs qui tiennent un soutien-gorge en dessous et deux crabes</p> <p>Ouais 36''</p>	<p>D sup</p>	<p>16. D F+ Arch</p> <p>17. D F+ Vet Confab -> perspect anale</p> <p>18.D F+ A Ban</p>	<p>16. Entier unitaire</p> <p>17. Entier unitaire. La confabulation témoigne du trouble de la pensée</p> <p>18. Entier unitaire</p>
---	--------------	---	---

Planche préférée : I ça fait sérieux comme plaque (prend son air sérieux et me fait rire)

Planche préférée : VII je sais pas c'est

Planche mère : IV ce truc là sûrement

Planche père : V aucune idée

Planche moi : I sûrement celle-là

<p>Psychogramme résumé</p> <p>R= 18 ; TT= 475''</p> <p>G %= 16,66 ; D %= 83,3 % G-D</p> <p>G+=1/3</p> <p>TRI introversif et FS coartée</p> <p>F %=72% ; F+%= 42% ; 5 grandes kinesthésies (1 KC ; 1 KE ; 3K) aucune petite kinesthésie</p>
--

H %= 27 % ; A %= 27 % ; 4 banalités IA%=0%

1 Perspective anale (planche IV) ; 2 Ref Phal ; 1 Sym ; 1 -> perspect anale ; 1-> Sym ; 1 confab ; 1 -> Ref Phal

Degré de représentation de soi en T2 à 50% après la thérapie psychodynamique et psychiatrique versus 35,7% en T1.

Tableau 16 Pourcentage de représentation de soi entière unitaire de Manuel en T1 et T2

Pourcentage de représentation de soi entière unitaire en T1	Pourcentage de représentation de soi entière unitaire en T2
1.Parcellaire	1.Parcellaire
2.Entière non unitaire	2.Entière unitaire
3.Parcellaire	3.Entière non unitaire
4.Fragmentaire	4.Entière unitaire
5.Entier unitaire	5.Fragmentaire
6.Entier unitaire	6.Entière non unitaire
7.Entière non unitaire	7.Entière unitaire
8.Entier unitaire	8.Entière non unitaire
9.Entière non unitaire	9.Entière unitaire
10.Entière unitaire	10.Entière non unitaire
11.Entier unitaire	11.Entière non unitaire
12.Entière non unitaire	12.Entière unitaire
13.Fragmentaire	13.Entière unitaire
14.Parcellaire	14.Entière non unitaire
X	15.Entière non unitaire
X	16.Entière unitaire
X	17.Entière unitaire

X	18.Entière unitaire
<u>Total= 35,7%</u>	<u>Total = 50%</u>

Comme nous l'avons observé au T2 du MMPI de Manuel, nous constatons un effet dû au lien thérapeutique : l'augmentation du nombre de réponses au Rorschach – malgré le traitement neuroleptique récemment mis en place par injections – puisque lors de la première passation en 2015 Manuel a donné 14 réponses et qu'il en a donné 18, autrement dit 4 de plus, en 2017 lors de la seconde passation. Par ailleurs nous constatons un résultat nettement augmenté au niveau de l'indicateur du pourcentage de représentation de soi entière unitaire, car en T1 Manuel obtenait un score de 35,7%; tandis qu'en 2017 (24 mois plus tard) il a obtenu un résultat de 50%. L'augmentation de cet indicateur montre à notre sens les effets de la prise en charge thérapeutique bifocale (psychiatre et psychologue) et le renforcement des assises narcissiques en conséquence puisque la moitié des réponses fournies au T2 du Rorschach témoigne d'une représentation de soi entière unitaire. Il semble évident que malgré tout, le protocole demeure, deux ans plus tard, toujours de facture paranoïaque pure. Nous allons tenter de le démontrer à travers l'analyse quantitative et qualitative des deux protocoles, en se remémorant, que si nous parvenons à le démontrer, cela viendra jeter les premiers jalons d'une preuve d'une stabilité de la structure paranoïaque Nous avons proposé une hypothèse théorique (p. 218) :

H13 : Nous formulons l'hypothèse, concernant l'étude longitudinale (partie VII) sur la paranoïa, d'une stabilité test/re-test au Rorschach dans le diagnostic, permettant de conclure à la fiabilité du test dans l'évaluation de la paranoïa

Ce à quoi nous avons ensuite proposé une hypothèse opérationnelle dans la partie méthodologique (partie V) :

H13 : Nous repérerons une stabilité des indicateurs propres à la paranoïa (voir la grille de la paranoïa) au test/re-test à 24 mois d'intervalles entre les deux passations

Analyse des protocoles Rorschach de Manuel (2015-2017)

Ce protocole contient des indicateurs de la lignée structurale des psychoses dissociées, mais également plus spécifiquement de la paranoïa, même si ces derniers sont discrets.

L'analyse des indicateurs formels confirme d'abord le fonctionnement psychotique de Manuel, de manière encore plus exemplaire au T2 avec un F% très élevé de 72% et un F+% effondré au T1 (18%) et qui bien qu'amélioré au T2 (42%) demeure très affaibli, témoignant pour Chabert (1983,187) du conflit psychotique entre les pulsions et la réalité avec une tentative d'accrochage à la réalité pour faire écran aux fantasmes qui ne réussit pas. Ce score du F+%, qui reste bas témoigne de la décompensation, mais comme c'est souvent la règle dans les psychoses paranoïaques. Contrairement aux psychoses schizophréniques, la persistance d'un espace imaginaire est attestée par la permanence aux deux temps de la passation des grandes kinesthésies (3 au T1, 5 au T2) quand le sujet n'est pas trop défensif (grâce à l'alliance thérapeutique). Il faut cependant noter que certaines projections imaginaires contiennent des propositions incongrues, voire quasi-délirantes : « *deux russes qui dansent la Troïka* », « *un papillon chauve-souris* » ; « *le bonhomme en contre plongée* » à PIV qui devient « *un bonhomme qui tient sur une tige* » ou encore dès la première réponse planche I en T1 : « *les deux oreilles, les yeux, quatre oeils* » venant traduire d'emblée la dissociation psychotique (« *une tête de chien ou deux russes* » en T2), notamment à travers la craquée verbale « *quatre oeils* ». La faiblesse quantitative et qualitative des réponses globales atteste de la fragilité de l'image du corps, même si l'éclatement est moindre au T2, comme le confirme le IA% à 0% alors qu'il était très pathologique (21%) au T1.

De même il arrive à construire une représentation de soi moins effondrée sur le plan narcissique. Le nombre de banalités qui progresse entre le T2 et le T1 témoignant peut-être d'une adaptation conventionnelle en amélioration. Ces scores, ne viennent certes pas signer un refoulement opérant, mais pas non inexistant non plus ; surtout en T2 lorsque les objets sont moins parcellaires et que les contenus deviennent plus unitaires. Nous l'avons vu, Manuel est capable, parfois, de se saisir de mécanismes secondarisés, tel que le contre-investissement pour gérer une agressivité latente débordante.

Le protocole nous semble plus riche en T2 qu'en T1 et la représentation de soi est plus unitaire également en T2 qu'en T1 malgré le traitement chimiothérapeutique récent. La

dimension paranoïde (suspicion) est considérablement abrasée selon nous par ce traitement ainsi que par l'alliance thérapeutique ; même si le premier ne semble par ailleurs pas abraser l'imaginaire de Manuel comme nous aurions pu le redouter. Nous reviendrons en discussion sur la gestion du traitement par Dr D. Comme le montre notre codification qualitative des défenses inspirées par les travaux de Lerner (1975,1998), la projection paranoïde, abrasée à la fois par la chimiothérapie et l'alliance thérapeutique construite n'apparaît que de manière très tenue dans le Rorschach.

Malgré le traitement et même si la valence paranoïaque est abrasée au Rorschach (T1 & T2), la valence anale est toujours largement perceptible et observable dans la facture des protocoles et cela premièrement à travers la cotation perspective anale (Schafer, 1956), qu'elles soient données lors de la passation clinique ou à l'enquête, en l'occurrence cotées en tendance (-> perspect. Anale). En T2, nous repérons une perspective anale particulièrement remarquable sur la planche IV, planche à symbolique phallique paternelle (Rausch, 1990). La seconde est donnée à la planche X (en T2) avec une insistance sur l'arrière. De plus, lorsque planche IX, Manuel donne la réponse : « *Peut-être une épée, pas de Damoclès mais une épée enfoncée, d'Arthur* », il nous apparaît clairement que la dynamique inter-planche révèle le refoulement du désir homosexuel en lien avec la planche IV. Le phallus/pénis (en fonction des capacités de symbolisation du sujet) étant attribué à la mère dans la paranoïa (la planche IX a une symbolique maternelle régressive archaïque [Rausch, 1990]). Les données cliniques viennent largement corroborer cette observation, comme nous l'avons mis en évidence à travers la question du viol, de l'importance que Manuel accorde à l'intestin et des thématiques déployées dans l'analyse : « forage de puits, tuyaux, etc. ».

La cotation perspective anale repérée dans le test, ainsi que les verbalisations insistant sur la mauvaise qualité de la symétrie (observée en T1 & T2), en plus des données cliniques, nous permettent largement d'affirmer notre hypothèse d'une dominante du registre anal et de la méfiance associée. Nous le verrons, le niveau très élevé d'idéalisation de l'objet ou la grandiosité du Moi de Manuel nous permettront de venir renforcer les arguments en faveur d'un arrêt du développement psychogénétique à ce stade, comme l'ont mis en évidence Bergeret (1974), Freud (1920, 1915, 1911), Stärk (1935) et Abraham (1913) avant lui.

La projection de l'image du corps morcelé est également plus prégnante en T1 à travers la réponse : « *un insecte écrasé* » ou « Les disques des vertèbres vues du dessus. Un

ossement de colonne vertébrale, la pointe c'est l'épine dorsale » mais l'angoisse de morcellement par pénétration est toujours présente en T2 comme nous l'avons démontré.

S'il est vrai que la valence paranoïaque est abrasée dans les Rorschach de Manuel (2015-2017) nous repérons quand même les indicateurs de l'hypervigilance à travers les deux réponses yeux (Schafer, 1956) lors de la première passation et aussi à travers les réponses « oreilles » à la planche I en T2 car associées à une kinesthésie en deux mouvements dont l'un est de nature paranoïaque. En effet, nous repérons la trace de la valence paranoïde dans les relations d'objet pl. III et pl. II (en T2). Si les indicateurs sont discrets dans le protocole de Manuel ils sont néanmoins présents comme nous l'avons indiqué, à travers les réponses yeux, les indicateurs de l'hypervigilance mais aussi les mesures de protection telle *la Sainte Grenade*, véhiculant par ailleurs, une référence à l'idéalisation très forte.

En outre, nous repérons des mouvements où la projection de l'agressivité « *deux mecs qui veulent partir chacun de leur côté* » infiltre les kinesthésies lorsque l'intellectualisation ne tient pas comme à la planche I et II (en T2). Les kinesthésies sont également souvent à valence maniaque antidépressive comme nous pouvons le constater par exemple à la planche IX (T2) « *c'est un film rigolo, le truc qui dépasse, je crois que les toutes premières grenades fonctionnaient comme ça* ». La valence maniaque permettrait de prendre le relai quand l'objet reste entier, comme en témoigne certaines kinesthésies entières données par Manuel : « *On dirait deux bonhommes qui se tapent dans la main* » (« *avec des bonnets phrygiens* »). Il s'agit d'une réponse bien symbolisée de l'agressivité et qui témoigne de la capacité de Manuel, de recourir parfois, à des mécanismes secondarisés tels que le contre-investissement de l'agressivité en termes de formation réactionnelle à cette réponse planche II (en T2).

Néanmoins, la plupart des autres kinesthésies sont plus détériorées comme la réponse planche I (en T2) « *une tête de chien ou alors deux russes en train de danser la Troïka* » (venant témoigner d'un télescopage des règnes puis d'une kinesthésie maniaque) et traduisant des mécanismes plus archaïques tel le déni et le clivage du moi ; mais l'objet reste entier dans 50% des cas en T2 tandis qu'en T1, l'imaginaire est moins déployé et surtout, les objets qui le peuplent sont majoritairement parcellaires. Il semblerait que dans la seconde passation Manuel témoigne d'une symbolisation du féminin, ce qui nous a interpellés. Il va jusqu'à fantasmer puis projeter des fleurs qui s'ouvrent, alors qu'en T1, Manuel ne donnait qu'une réponse Henf « petites filles » en T1, sans plus. Comme Freud (1911) l'a mis en évidence, il

semblerait que Manuel, à travers le délire et la cure, ait pu élaborer une position/**solution féminine**... Du moins c'est ce que le Rorschach nous invite à conclure au regard de la bonne qualité formelle des dernières réponses. Indiquant par ailleurs, une dynamique progrédiente, et donc une capacité à se restaurer absente en T1, la clinique venant le confirmer puisque ce matin encore nous prenons des nouvelles de Manuel qui compose de la musique tranquillement chez lui et n'a pas été réhospitalisé depuis sa sortie en 2017. Ce qui suggère un rétablissement à un niveau davantage compensé de son mode d'organisation structurale.

Pour conclure, il nous a semblé que pour percevoir la dimension paranoïaque de la relation d'objet si présente au niveau clinique, il faut au Rorschach, vraiment faire une analyse dynamique très fine des défenses mobilisées face à la violence pulsionnelle réactivée par les planches. Heureusement pour nous, la clinique est parlante, et met clairement en évidence ce qui est si discret au test.

Analyse clinique et contre-transférentielle

D'emblée, Manuel s'est présenté à nous comme très virulent, quérulent, hospitalisé depuis un mois, il ne souhaitait pas nous rencontrer mais le Dr D. avait posé cette condition avant d'envisager une sortie. Notre évaluation pesait énormément dans la balance en réalité, et Manuel ayant des capacités intellectuelles évidentes, a rapidement compris cela au départ. Du fait qu'il était quérulent et nous agressait verbalement au départ, nous restions sur nos gardes mais n'avons en réalité jamais eu peur quand nous étions seule avec lui car débordée d'abord par une forme d'affection puis d'attachement assez étrange à son égard. Presque cinq années plus tard ce lien est comme indéfectible. Manuel nous a immédiatement répondu hier, quand nous lui avons écrit pour prendre de ses nouvelles, je cite Manuel lors de cet échange : « *Bonjour Cécile, je n'écris pas un roman, je compose de la musique (avec des notes de musique pour illustrer* » puis « *ça avance tout doucement, je m'équipe en clavier et programmes, et vous ça va ? Je vous souhaite de réussir* (entre temps je lui ai répondu que je déposais mon manuscrit bientôt) » et enfin à propos de sa musique « *je vous ferais écouter si j'en sors une* ». Manuel se rend aux RDV lorsque nous lui en proposons, mais actuellement sa voiture est en panne et il est relativement stabilisé. Il hait les transports publics et le C.M.P. est loin de chez lui, nous n'insistons pas pour l'instant et il poursuit le suivi avec le médecin. Il n'en résulte pas moins que nous sommes là lorsque Manuel rencontre des difficultés, comme lorsqu'en 2015, pour la première fois, la suite dépendait de nous. Ensuite, nous serons

obligées de laisser œuvrer les médecins car en 2016 la valence paranoïaque délirante a pris le dessus. Suite à une rupture thérapeutique de la part de Manuel, nous l'avions pourtant prévenu, et cela nous en avons souvent reparlé lors de son hospitalisation. En voulant croire qu'il a compris les risques qu'il encourait s'il se coupait trop de son environnement et se laissait aller à ses fantasmes, qui prennent vie pour lui dans ces moments-là. Manuel en période dite délirante est capable de passer la nuit en forêt à déjouer les complots qui se jouent contre lui, ou sur les toits des immeubles, ou surveillant un camp de gitan (le pensant menaçant), ses parents ou même lui le décrivent percevant des dangers dans ces moments-là, nous lui avons suggéré de prendre soin de lui, au risque de paraître paternaliste. Paternaliste, nous l'avons été dès le départ.

En effet, en 2015, nous étions stagiaire en M2, or, notre maître de stage insistait beaucoup sur ce positionnement avec notre patient, il nous a incité à conclure un contrat avec lui, s'il acceptait de réaliser un suivi thérapeutique de 4 mois en C.M.P. (il était auparavant inconnu des services psychiatriques et conservait en cette période toutes ses fonctions cognitives), le Dr D. et nous-même lui permettions de sortir. Bien évidemment Manuel a rempli le contrat mais très rapidement après son terme, s'est désinvesti de la thérapie, en ne venant pas à ses RDV... Puis s'en est suivie la décompensation grave entourée d'une hospitalisation d'un mois, en cette période Manuel étant si délirant qu'il n'était plus cohérent durant la grande partie des entretiens. Néanmoins notre présence (surtout lors de sa période de mise en isolement et dans un service fermé) ainsi que le lien entre l'intra, entre l'interne et l'externe, a permis, à Manuel d'intérioriser peut-être une imago maternelle-féminine plus acceptable, et c'est ce que le Rorschach nous invite à conclure comme nous l'avons indiqué.

Nous répétons que lors d'une séance, il y a environ un an, Manuel a lâché très discrètement « vous êtes la femme parfaite », ce sur quoi il n'a jamais voulu reparler, il est sorti très rapidement après cette phrase, malgré nos invitations à élaborer autour du transfert qu'il faisait, lui expliquant par ailleurs que cela relevait de ses effets. Si Manuel n'a pas souhaité revenir dessus, nous avons fait en sorte d'être progressivement désidéalisé. Manuel, très introverti, comme le met en évidence son T.R.I., se replie plutôt que de faire ce travail. Mais avec d'autres patients, tel Mr Petit, la désidéalisation a été violente (il a une histoire infantile chaotique qu'il nie). Nous étions énormément idéalisées, nous travaillions progressivement sur cette question, pour l'introduire au manque. Il nous semble qu'il faille

pouvoir se dégager de cette emprise pour entrer dans l'imaginaire dans un premier temps et qu'ensuite il faille venir le lier au symbolique, comme nous l'avons fait avec Manuel à travers l'élaboration d'une position féminine, d'identification et d'intériorisation possible à un objet féminin maternel, certes, toujours idéalisé, mais plus acceptable. D'ailleurs, Manuel nous dira cette réplique au sujet de la femme parfaite suite au fait que nous avons travaillé sur l'emprise que sa mère exerçait sur lui, ainsi que sur l'importance, pour lui dans la réalité, de garder une certaine indépendance. Nous ne donnions pas notre avis sur l'appartement que ses parents souhaitaient acheter pour lui, car par ailleurs, il serait intéressant qu'il ait un toit définitif à lui, je soumettais seulement la proposition qu'il s'assure qu'ils le mettent à son nom par exemple, mais surtout parce que nous étions inquiète sur la nouvelle dépendance que cela créerait vis-à-vis de ses parents et donc des répercussions probables sur sa qualité de vie. Nous savons, lui comme nous, que si sa mère le provoque vraiment, elle atteindra facilement le point dangereux, où Manuel serait susceptible de ne plus contrôler sa violence à son égard.

Lors du premier entretien, et lors de quelques-uns des premiers entretiens qui ont suivis en 2015, dans le cadre de l'évaluation princeps, Manuel nous a mise à mal, puis voyant, que notre égo survivait aux attaques, il a commencé à entrer dans une relation de confiance. Il s'agit, selon nous, avec tous les patients dont le risque de passage à l'acte est élevé, de se connaître au maximum et d'être le plus honnête et sincère possible sans entretenir de peurs. Nos patients, dont les enveloppes psychiques sont poreuses (la raison pour laquelle quand ils en ont les moyens psychiques, ils viennent la renforcer) introjectent et externalisent nos propres peurs et nos propres failles en réalité, c'est ce que nous avons appris. Il faut donc être en mesure de les dissiper avant d'entrer en résonance via la dynamique transférentielle, ou du moins, si ce n'est possible, à en prendre vraiment conscience et s'en détacher pour eux. Sans écarter l'idée que cela est utile et nécessaire, telle une force, si c'est bien évalué et géré.

Discussion et conclusion étude longitudinale

Nous avons mis en évidence la stabilité du diagnostic de paranoïa, d'une part à travers l'indicateur privilégié, permettant de mettre en évidence les régressions anales homoérotiques : perspective anale, mais aussi par le biais des indicateurs mettant en évidence une forme d'hypervigilance, ainsi que par le biais du registre objectal et économique

La seconde passation, où l'imaginaire est moins cadenassé et le niveau de symbolisation plus élevé met en évidence l'évolution positive de Manuel suite à la prise en charge. La dynamique progrédiente à la planche X en T2 met en évidence une capacité de restauration.

Effectivement, le test/re-test est très enrichissant et nous permet de mettre en lumière les capacités d'évolution intra-structurelle, favorables sur le plan pronostic lorsqu'il s'agit de l'organisation paranoïaque. En effet, en deux ans, Manuel a atteint un niveau de représentation de soi élevé pour sa structure. Ses assises narcissiques étaient certainement plus solides en amont que chez celles des patients du groupe des schizophrénies, comme Bergeret (1974) l'indique dans la *Personnalité normale et pathologique*, ce qui lui a permis d'élaborer une position plus solide sur le plan narcissique. Par un travail d'introjection - comme Kernberg (1996) le préconise dans la prise en charge des sujets qu'il considère borderline grave (pré-psychotiques) mais que nous pourrions envisager soit comme états-limites soit comme psychotiques selon notre modèle, cela dépendant évidemment entièrement de chaque sujet individuellement évaluable dans sa problématique en termes de fonctionnement psychique (relation objectale, mécanismes de défense, instances dominantes, niveau de l'angoisse) – lors de la thérapie, il nous semble avoir permis à Manuel de construire des objets internes plus acceptables et moins terrorisants. Notre stabilité, le cadre que nous avons fixé dans la prise en charge, ainsi que notre soutien indéfectible, ont certainement participé à ce processus en plus du fait que ce fut une vraie rencontre. Manuel nous a choisie comme thérapeute, il n'en voulait pas d'autres, au même titre que le Dr D. en tant que médecin.

Le Dr D. cherche à considérer l'impact des neuroleptiques sur les délires tout en essayant d'en atténuer les effets délétères. Pour cela, le médecin psychiatre avec qui nous travaillons (Dr D.), nous a indiqué prendre également en compte « l'angoisse » et « le vécu de l'expérience par le patient », de sorte à respecter sa valeur défensive et à ne pas le précipiter « vers la confrontation au vide » (Dr D. lors de nos échanges) mais tout en le rendant moins invasif, pour qu'une partie plus saine de la personnalité puisse émerger et devenir ensuite une ressource utilisable par les soignants.

Dans un premier temps « paternaliste » puis maternante (parce que rassurante, étayante, contenante et malléable), nous avons pu créer un lien fort avec Manuel, certainement grâce à la résonance entre nos deux psychés. Il est vrai que ses origines, qu'il rejetait pourtant (il collectionnait les médias nazis durant une période) nous permettaient de rester en empathie, le clivage du moi évident et fondé sur l'incapacité à s'incarner dans cette histoire transgénérationnelle lourde (grand-père maternel kabyle buvant et fumant et grand-père paternel allemand et strict [l'austérité connue aux allemands]) mais également sûrement en lien avec les souffrances fœtales (mère dépressive pendant la grossesse) et à la naissance (exotransfusion à la naissance). De plus, Manuel est en partie « chouchouté » par ses parents, qui sont d'un niveau socio-économique élevé (ils vivent dans grande maison, avec tout le confort, dont la piscine) ce qui fait également écho. Manuel a été « écartelé » entre une mère hyper présente -qui le surveillait de manière inquiétante (passait derrière lui immédiatement, jusque dans les toilettes...) participant certainement à la fixation anale massive – à la fois admirée (il est devenu informaticien comme elle) et effrayante. A la fois étouffante et rejetante (exemple la fois où elle a fermé les volets, évoqué en thérapie familiale avec le Dr D.). Puis un père, écran, mais pas suffisamment consistant pour donner sens. La mère, toute-puissante organise les deux pôles, maternel et paternel, comme le révèle le choix de la planche pour la mère en T2 (pl. IV).

La fiabilité du diagnostic a été établie également à partir des indicateurs yeux et tout autre contenu permettant d'inférer une forme d'hypervigilance. Les kinesthésies sont également infiltrées, et leur nombre en T2, conjugué à un bon ratio H/Hd et A/Ad, met en évidence un niveau de construction du Moi évidemment plus élaboré que dans la paranoïa décompensée. Les indicateurs formels mettent en évidence un imaginaire prenant le pas sur la réalité, certes, mais la qualité des dernières réponses restant un indicateur encourageant, sur le rapport à la réalité. De même que le nombre de banalités non effondré et augmenté à 4 (la norme est entre 5 et 7), donc ne venant pas signer un refoulement opérant, mais pas non inexistant non plus. Nous l'avons vu, Manuel est capable, parfois, de se saisir de mécanismes secondarisés, tel le contre-investissement.

Les résultats du MMPI mettent également en évidence une certaine cohérence entre les résultats en T1 et T2 et surtout une évolution de la capacité d'introspection. Même si l'échelle RC6 correspondant aux troubles paranoïdes n'est pas au dessus du seuil critique, elle

augmente considérablement entre T1 et T2. Mettant en évidence une plus grande facilité à nous faire confiance en répondant honnêtement, ainsi qu'une certaine prise de conscience.

Les deux questionnaires sont peu sensibles à la valence paranoïaque, mais le test de Rorschach la met en évidence au cours des deux passations. Celle-ci (la valence paranoïaque) est observable, dans les contenus projetés mais également dans la dynamique défensive au test, ainsi qu'à travers le repérage de l'angoisse dominante ainsi que des instances dominantes, venant signer le registre privilégié. Ici, il s'agissait, clairement, comme nous l'avons montré, de contenus à valence agressive, en T1 majoritairement parcellaires et en T2 moitié parcellaires/fragmentaires, après prise en charge de 2 ans, moitié entiers (unitaires et/ou non unitaires) et moitié parcellaires/fragmentaires. La Sainte Grenade sur la planche IX est l'expression du débordement du Ça sur la réalité, comme les scores au F+% ou encore à travers la contamination observée en T1. La clinique vient étayer cet argument, dont les délires débordants de Manuel en 2016 à propos de son viol. La dynamique défensive et l'angoisse sous-jacente, observées dans les contenus projetés et à travers la dynamique inter-plates, mettent en évidence le registre anal. La minutie sur la symétrie, l'intellectualisation, les fantasmes de toute-puissance (Sainte grenade, Saint Graal), l'insistance sur le derrière, l'arrière, la vue du dessous, le tabouret, invoquent tous une économie de nature pré-oedipienne homoérotique anale. En outre, la dynamique entre la planche IV et la planche IX indiquent clairement un désir homoérotique/homosexuel refoulé, mis en lumière comme relevant de la fantasmagorie structurale du patient ; puisque corroborant avec T1.

Ainsi, et pour conclure, il nous a semblé, que même si ceux-ci étaient discrets, tous les indicateurs primordiaux de la paranoïa infiltraient ce cas, tant dans la clinique qu'au questionnaire auto-administré et au test de Rorschach. Ils sont certes plus ténus quand l'organisation psychique du patient est en voie de restabilisation – compensation que lorsqu'elle est complètement décompensée, comme c'est le cas chez d'autres sujets de notre groupe clinique. Nous possédions des protocoles beaucoup plus explicites et clairement de facture paranoïaque comme peut en attester celui de Catherine mais également nombre des 25 sujets (plus les re-tests) en annexes 1 (voir Kad). Cependant, il nous a semblé, que sur le terrain, les patients d'organisation paranoïaque avaient souvent le profil de Manuel : non compliants, quérulents en période de crise et évitant coûte que coûte les services de psychiatrie, à moins d'y être contraint et forcé. Leurs protocoles seront la plupart du temps

moins riches que ceux de cet échantillon, tel Manuel, car les sujets d'organisation paranoïaques sont très défensifs. Nous avons présenté la seconde passation, une fois l'alliance thérapeutique mise en place et révélant les effets délétères lorsque celle-ci n'est pas encore totalement établie (voir T1) et que le patient ne souhaite pas être « démasqué »... La fixation anale se repère généralement à la planche IV puis l'angoisse de pénétration anale, se déduit dans la dynamique comme dans le cas présenté, ou encore comme nous l'avons mis en évidence à travers le cas de Peter sur lequel nous travaillons avec Odile Husain et James Kleiger actuellement en soumission.

Les kinesthésies sont majoritairement de nature paranoïaque et parfois maniaque antidépressive, permettant de renforcer les observations précédentes de De Tychev (2012) et Garnier et De Tychev (2007) sur la valence dépressive présente au sein de cette personnalité, ainsi que sur la nature des kinesthésies qu'elle projette au test.

Evidemment, la position féminine, ne se travaille pas de la même manière chez tous les sujets de cette organisation et Manuel représente un beau cas d'école dans le sens où son délire vient directement traduire un fantasme homoérotique latent. En cela le cas de Manuel, comme le cas de Schreber (Freud, 1911), sont passionnants. En outre, l'étude longitudinale aura permis de mettre en évidence la stabilité du diagnostic, tant à travers la clinique, qu'à travers le Rorschach. Le MMPI, qui ne permet de poser un diagnostic que dans un second temps en 2017, mais révèle lui, en revanche, une faille, c'est-à-dire un manque de sensibilité concernant le diagnostic de la paranoïa. Il est très sensible sur les traits psychopathiques en revanche. Force est de constater que si nous n'avions fait passer que le MMPI en 2015, sans une évaluation clinique et projective, nous serions passées à côté de la décompensation psychotique paranoïaque. En revanche, dès T1, le Rorschach a mis en évidence une prépondérance au recours à des mécanismes primaires, par le biais de l'observation de l'échec du refoulement, entre autres, et par le nombre de banalités en T1, égal à 2, qui se trouve donc effondré. Mais également à travers la chute de l'indicateur qui nous semble désormais même prometteur au niveau de sa valence diagnostique, même si cette dernière gagnerait à être validée encore davantage avec un échantillon plus important dans chaque groupe : le pourcentage de représentation de soi entière unitaire. Sur les 25 sujets, nous avons classé Manuel en T1 par rapport à ses collègues de même statut :

Tableau 17 : rang des scores du % de représentation de soi des sujets d'organisation paranoïaque

Passation classique T1	<u>Degré de représentation de soi entière unitaire</u>	<u>Diagnostic projectif (modèle bergerétien, 1974)</u>	<u>Diagnostic psychiatrique</u>
1. Morgane	45,2%	Caractère paranoïaque (traits masochiques) Pas d'hallucination	Troubles de la personnalité paranoïaque (PPD) [Paranoïa de querulence]
2. Jérôme	45%	A-structure décompensée en paranoïa [Délire de persécution et mégalomaniaque++] Hallucinations visuelles et auditives	Schizophrénie paranoïde (médecin psychiatre en CPC) Troubles délirants de type bizarre dans le DSM-5 (la tv lui parle etc.)
3. Jean	44%	Structure paranoïaque , délire érotomaniaque et de persécution Pas d'hallucination	Troubles délirants de type érotomaniaque et de persécution
4. Amaury	42,3%	A-structure décompensée en paranoïa [Sublimation, délire de persécution et accès à la position paraphrénique en cas de crise de « désymbolisation »]	Schizophrénie paranoïde (psychiatre CMP) Schizophrénie paranoïde dans le DSM-IV

		Hallucinations visuelles et auditives et théorie du complot ++	Spectre schizophrénique dans le DSM-5
5. René II	38%	Caractère paranoïaque [Identification projective, emprise, phagocyte l'objet, pas de délire recours à la perversion] Pas d'hallucination	Troubles bipolaires (psychiatre CMP) Troubles bipolaires dans le DSM-5
6. Yohan	36,36%	Structure paranoïaque [accès à la position paraphrénique en changeant de sexe ?] Pas d'hallucination mais théorie du complot et du changement de sexe	Troubles de la personnalité paranoïaque (PPD) et comorbidité troubles antisociaux
7. Gérard	36,3%	A-structure haut risqué de décompensation paranoïaque [sentiment de persécution, mutisme, repli sur soi, anorexie, hypocondrie] Hallucinations auditives ? Frôle le délire de persécution et en retrait autistique//	Troubles évitants de la personnalité et troubles dépressifs [syndrome de diogène associé] avec comorbidités des troubles paranoïaques de la personnalité (DSM-5)

8. Emma	36%	<p>Structure paranoïaque pure (avec résidus de traits schizoïdes et oraux)</p> <p>[Sublimation, délire de persécution]</p> <p>Hallucinations auditives légères et théorie du complot</p>	<p>Schizophrénie paranoïde (psychiatre CMP)</p> <p>Troubles délirants ou schizotypiques dans le DSM-5 (DD)</p>
9. Manuel	37,5 %	<p>Structure paranoïaque [accès progressif à la position paraphrénique]</p> <p>Délire autour d'un viol, hallucinations visuelles rares et délire de persécution</p>	<p>Schizophrénie paranoïde DSM-IV à cause de la conviction de l'hallucination</p> <p>Troubles délirants (DD) de type persécution avec délire bizarre (viol, effraction, délire autour de la zoophilie]</p>
10. Catherine	35%	<p>Paranoïa pure (noyau délirant paranoïaque homosexualité féminine refoulée)</p> <p>[Délire de persécution, sublimation légère, identification projective, emprise et recours aux mécanismes pervers]</p> <p>Pas d'hallucination, théorie du complot++. Conflits importants avec de nombreuses personnes</p>	<p>Troubles paranoïaques de la personnalité (psychiatre CMP)</p> <p>Comorbidité avec les troubles histrioniques</p>
11. Achille	30%	<p>A-structure décompensée en paranoïa suite aux événements de vie (anaclitique)</p>	<p>Troubles de la personnalité paranoïaque et troubles délirants de type grandiose</p>

		Pas d'hallucination, délire mégalomane	
12. Albert	30%	A-structure décompensée suite aux événements de vie Hallucinations auditives, délire mystique	Troubles délirants de la personnalité (DD) de type grandiose et mystique
13. Edouard	30%	Paranoïa de caractère (compensée) Défenses rigides néanmoins, préoccupations hypocondriaques [intellectualisation et suppléance par le travail] Pas d'hallucination, frôle parfois le délire de persécution	Troubles de la personnalité délirants (type hypocondrie et persécution)
14. Francis	29,9%	Caractère paranoïaque (version compensée) [Dépendance, errance, pas d'accès à la position paraphrénique] Pas de d'hallucination mais tendances au délire de persécution et érotomanie	Paranoïa sensitive (psychiatre CMP) Troubles dépressifs dans le DSM et MMPI-2-RF voire troubles délirants de type érotomaniaques. Délire de persécution trop léger
15. Kad	29%	Caractère paranoïaque [emprise perverse archaïque, scenari sadomasochiques au	Paranoïa sensitive (psychiatre CMP) Troubles délirants (DD) de type

		<p>Rorschach ; délire mystique]</p> <p>Bouffée délirante aigue au moment de sa décompensation somatique sinon seul le délire mystique est très léger...</p> <p>Thématique du complot souvent évoquée mais discret</p> <p>Légères hallucinations visuelles enfants mystiques la nuit)</p>	<p>grandiose ? (Persuadé que nous allons être envahis par les extraterrestres)</p> <p>Troubles dépressifs associés</p>
16. Bertrand	25,4%	<p>Structure paranoïaque [persécution et thématique homosexuelle]</p> <p>Hallucinations auditives et délire de persécution mais éléments dépressifs en effet</p>	<p>Paranoïa sensitive (psychiatre CMP)</p> <p>Troubles délirants de type persécution</p>
17. Ali	25 %	<p>A-structure décompensée en paranoïa processive suite à la perte de son emploi [intellectualisation++]</p> <p>Pas d'hallucination mais délire sur une théorie du complot</p>	<p>Troubles délirants et troubles de la personnalité paranoïaque (DSM-5)</p>
18. .Antoinette	16,6%	<p>Structure paranoïaque complexe [délire de persécution avec figure de persécution déterminée]</p> <p>Hallucinations auditives délire de persécution</p>	<p>Schizophrénie paranoïde (psychiatre CPC)</p> <p>Troubles délirants de la personnalité de type persécution délire non bizarre (DSM-5-</p>

			Schizophrénie paranoïde DSM-IV
19. Madame H	15%	Structure paranoïaque pure Pas d'hallucination, froideur au contact et sentiment de persécution au contact avec la psychologue	Troubles paranoïaques de la personnalité et troubles dépressifs associés (DSM-5)
20. Didier	13,6%	Structure paranoïaque [mutisme, évitement, persécution discrète] Repli de la libido sur Moi	Syndrome de digène et schizophrénie paranoïde (psychiatre CPC) Catatonie par périodes
21. Monsieur XXX	13%	Structure paranoïaque délire mystique Hallucinations auditives	Troubles délirants de la personnalité (DD) avec délire bizarre Schizophrénie paranoïde DSM-IV
22. Martin	8,8%	Structure paranoïaque pure [rêve d'être enceinte, a décompensé en faisant des avances à un homme alors qu'il se dit hétérosexuel +inceste maternel infantile] Délire de persécution sous forme de bouffées délirantes répétitives et traits pervers	Troubles délirants de persécution et mystiques mais les symptômes ont disparu Comorbidité de troubles histrioniques selon son médecin

23. César	8%	Structure paranoïaque pure décompensée, délire de persécution ++	Troubles délirants type persécution thématique non bizarre et schizophrénie paranoïde dans le DSM-IV-TR
24. Monsieur Petit	6,5%	Structure paranoïaque pure [désir homosexuel refoulé++, délire mystique et de persécution]. Lorsqu'il était compensé semblait refléter le caractère paranoïaque (histoires interminables avec ses voisins)	Troubles paranoïaques de la personnalité
25. Peter	4,2%	Structure paranoïaque [peur ++ de la pénétration, angoisse de morcellement par peur de la pénétration et désirs homosexuels refoulés] Hallucinations auditives ++ et délire de persécution	Schizophrénie paranoïde DSM-IV Troubles délirants délire bizarres à thématique de persécution et de grandiosité [un complot est montré contre lui depuis des années qu'il doit déjouer par des pensées magiques]

Il est intéressant de relever d'abord les grandes disparités inter-sujets à l'intérieur de notre groupe (cf. annexes 1, 2, 3) des factures globales de protocoles Rorschach et du pourcentage moyen de représentation de soi unitaire, même si ce pourcentage moyen est significativement plus élevé chez les sujets paranoïaques que chez leurs homologues schizoparanoïdes, et plus élevé chez ces derniers que chez les patients schizophrènes, renvoyant selon nous à des degrés de dissociation différents dans ces trois organisations psychotiques. Mais chez les sujets paranoïaques, comme chez les autres, la dispersion considérable intra groupe du niveau moyen de représentation de soi entière unitaire (elle oscille entre 4,2% et 45,2% au T1) est due, selon nous, en accord avec le modèle bergeretien, au degré de décompensation de chaque sujet au moment de l'évaluation, à la nature et à l'efficacité des défenses mobilisées contre l'angoisse, et *last but not least* à l'impact de la chimiothérapie. Il est ensuite pertinent de constater qu'avec des patients psychotiques, le niveau de dissociation peut assez largement évoluer (comme le reflète l'évolution du pourcentage moyen de représentation de soi entière

unitaire au Rorschach) en fonction de l'impact de la prise en charge chimiothérapique et psychothérapique.

Il nous semble avoir montré également, à partir du cas de Manuel, les effets de la thérapie bifocale sur les assises narcissiques, ainsi que sur le niveau de symbolisation, plus particulièrement du féminin/maternel à travers le niveau de représentation de soi et la qualité des contenus projetés. Nous sommes d'ailleurs passées d'une position paternelle (en réalité un écran contre l'objet persécuteur maternel archaïque tout-puissant et phallique) représentant l'ordre établi [dans le transfert], car plus ou moins en position d'experte au départ, à une position maternelle de thérapeute bienveillant pour qui il a été observé une intériorisation de la part du sujet, stable et moins dangereuse que l'objet primaire princeps.

Nous avons mis en évidence la stabilité de la structure également car d'une part, d'un point de vue quantitatif, les trois indicateurs principaux du psychogramme : les banalités, la qualité formelle et le F% mettent en évidence une certaine stabilité de leur chute. Mais aussi par le pourcentage de représentation de soi, indicateur élaboré au cours de cette recherche. Puis, d'autre part, par le biais des indicateurs qualitatifs, « perspective anale » et « yeux » que nous devons à Schafer (1954, 1956) ; ainsi qu'à travers les verbalisations entourant le test et étudiées qualitativement par les auteurs suisses, parisiens, lyonnais et nancéens, dont par exemple, l'un des plus remarquables dans les protocoles de Manuel, l'insistance sur les défauts de symétrie ou encore la valence mégalomane du moi par la nature des contenus projetés.

La prochaine étape thérapeutique, si Manuel en manifestait le désir, serait de poursuivre le travail de désidéation... Mais la question que nous souhaitons poser à l'issue de ce travail est, dans la prise en charge des patients psychotiques, celle de l'indication de travailler ces points de clivage si sensibles, sur lesquels sont constitués la personnalité (« le moi s'est déchiré très tôt » [Freud, 1940]) lorsque le sujet semble stabilisé, alors qu'ils participent à ce que le sujet lui-même trouve un certain équilibre psychique dans la subjectivité qui est la sienne).

8. Partie VIII Conclusion

Cette dernière partie, conclusive, sera l'occasion de revenir sur les hypothèses de travail afin de répondre de façon synthétique à leur validation ou non. Dans un second temps, sur la base du premier, nous réperturerons les apports les plus importants de ce travail selon une double optique : sur le plan diagnostique et de la prise en charge d'un côté et sur le plan théorique de l'autre. Dans un troisième temps, nous adresserons des critiques et tenterons de déterminer les limites de ce travail en ouvrant sur des pistes de recherches futures partant des constats réalisés.

A. Retour sur les hypothèses

Afin de circonscrire l'analyse synthétique conclusive terminale, nous rappellerons souvent au lecteur les hypothèses formulées en amont. Concernant les hypothèses théoriques et de travail (en italiques et petite police) communes aux trois modes de fonctionnement psychotiques dissociés (schizophrénie simple, schizophrénie paranoïde, paranoïa) :

H1 : Premièrement nous pensions que nous devrions trouver dans toutes ces formes de psychoses décompensées un rapport à la réalité défaillant et nous l'avions opérationnalisé ainsi :

H1a. Le rapport à la réalité devrait être plus défaillant dans tous nos sous-groupes et sera évalué par le F+ % (qualité formelle) moyen obtenu dans notre échantillon (n=81) qui devrait être inférieur à celui obtenu dans les normes des sujets tout-venant (De Tychey et al., 2012) car il nous renseigne sur la conservation ou non du sens de la réalité

Il s'avère que les résultats tendent clairement à **valider cette première hypothèse** et la théorie psychanalytique sous-jacente, puisque la moyenne de l'indicateur F+ %, qui signe la qualité formelle, est chez la population psychotique significativement plus basse que celle obtenue chez la population tout-venant. La moyenne du F+ % chez la population d'organisation psychotique dissociée est égale à 34,58 % et donc effondrée comparativement à la moyenne obtenue par De Tychey et al., (2012) chez la population tout-venant (égale à 60,86 %). Nous pouvons valider cette hypothèse sans aucun doute, ni de biais ni de convergence avec notre modèle théorique ; bien au contraire.

La seconde hypothèse traduisant de manière opérationnelle au test la distorsion des liens à réalité est la suivante :

H1b. L'altération du rapport à la réalité postulé sera également évalué par les 3 indicateurs de l'adaptation sociale : le H% (désir de contact humain), le A% (recours à la pensée collective) et les Ban (adaptation conformiste) : le A % H % moyen de nos 3 groupes devrait être significativement plus faible que celui de la population tout venant et la fréquence des banalités plus faible que dans la population tout-venant alors que la détérioration qualitative de ces banalités devrait être plus importante que dans la population tout-venant.

Concernant ces 2 indicateurs (A % et H %), **nos résultats ne convergent pas tous** dans le même sens car il existe en réalité deux profils de sujets psychotiques comme l'a mis en évidence Chabert (1983,1987) : l'un souffrant de la désertification de l'espace psychique et se raccrochant désespérément à la réalité faisant augmenter le F % et le A %, comme dans les fonctionnement opératoires (De Tychev, 2010 [la pensée alexithymique]), et l'autre possédant un espace imaginaire riche, mais délirant : le paranoïde. Le second profil se caractérise par une augmentation du H % et par un effondrement du A % et du F %, indicateurs d'un imaginaire riche par ailleurs lorsqu'ils sont bas. En outre, les résultats obtenus indiquent une augmentation du H % chez la population évaluée puisque la moyenne chez la population tout-venant est égale à 16 % tandis que chez la population psychiatrique elle dépasse la barre de 18 %. Les résultats du t.tests permettent de valider l'hypothèse spécifique d'une différence significative entre ces deux résultats. Si un écart existe sur le plan quantitatif, il est patent et s'oriente en sens inverse sur le plan qualitatif car la proportion des Hd par rapport aux H est beaucoup plus élevée dans les sous- groupes de sujets psychotique, traduisant à la fois la fragilisation de la représentation de soi plus grande chez eux de même que des difficultés relationnelles plus importantes (cf ratio 2H/1Hd plus fréquemment non respecté). Nous l'avons indiqué en partie VI, nous pensons que la population psychiatrique est plus encline à perdre la distance par rapport au matériel et à utiliser la projection. Cette observation tend à se confirmer à travers l'observation du ratio H/Hd respecté uniquement chez 38% de la population psychiatrique *versus* une majorité chez la population tout-venant (De Tychev *et al.*, 2012).

Concernant l'indicateur A %, **nous ne pouvons pas valider l'hypothèse**, malgré la diminution de la moyenne chez la population psychiatrique (sous la barre des 40 %), d'une diminution de cet indicateur par rapport à la population générale (égale à 42,55 % selon De Tychev *et al.*, [2012]) car les tests statistiques ne permettent pas de corroborer cette

observation, la différence étant trop faible. Mais à nouveau sur le plan qualitatif le ratio de 4 A pour 1 Ad est beaucoup rarement respecté dans les sous-groupes de sujets psychotiques, ce qui va dans le sens à nouveau d'une fragilisation de la représentation de soi même si le recours à des perceptions d'animaux témoigne toujours de tentatives d'adaptation conventionnelle.

La troisième hypothèse permettant d'opérationnaliser la distorsion des liens à la réalité concerne un indicateur qualitatif dont nous ne possédions pas les données quantitatives chez la population tout-venant et ne pouvons donc pas conclure sur le plan quantitatif (étude I). Cependant, les 5 études de cas (étude II) mettent en évidence une tendance à donner des réponses contaminées élevées chez cette population comparativement aux cas cliniques observés chez la population tout-venant (exemple dans les cas de névroses de de Tychey [2012] ou encore le cas de résilience proposé par Mélanie Laurent en 2014 dans *Psychologie Clinique et Projective*). Et puis cet indicateur converge avec l'indicateur américain, mis en évidence sur le plan statistique (Kleiger, 2017).

Nous avons observé une moyenne de réponses contamination élevée, égale à 0,84 (autrement dit 84 % des sujets obtienne une fois cette cotation) mais ne disposant pas du score de la moyenne de cet indicateur chez la population tout-venant, nous ne pouvons pas conclure.

La seconde hypothèse théorique portait sur la nature des conflits dominants chez notre population, nous postulions que :

H2 : Dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées, un conflit entre les pulsions (Ça) et la réalité, que nous nous proposons d'opérationnaliser par le biais de l'hypothèse suivante :

H2 a : Nous postulions que le conflit dominant des sujets psychotiques entre les pulsions et la réalité se traduirait dans tous les sous-groupes par une fréquence plus importante de sujets présentant un F+% abaissé par rapport aux normes tout venant associé à un F% plus élevé que dans la population tout venant

Nous l'avons évoqué précédemment, cet indicateur est effondré et significativement différent statistiquement de la population tout-venant. Il met en avant, en effet, une prépondérance du principe de plaisir. Ce dernier prend le pas sur le principe de réalité et la qualité formelle est un bon indicateur pour le révéler. Le F % n'est pas un indicateur qui

permet de discriminer les deux populations (tout-venant et psychiatrique) entre elles ; même s'il permet de distinguer les sous-groupes entre eux (différence statistiquement significative entre la paranoïa et la schizophrénie et aussi entre la schizophrénie paranoïde et la paranoïa). L'hypothèse est validée partiellement. Mais sur le plan du fond il est de toute façon difficile d'opérationnaliser au Rorschach des indicateurs rendant compte des différents types de nature des conflits vécus par le sujet en fonction de sa structure de personnalité, sauf à utiliser la passation associative du test en plus de sa passation classique (De Tychev & Lighezzolo, 1983)

Dans un troisième temps, nous souhaitons mettre en évidence une confusion entre le vécu interne et externe chez les sujets de notre échantillon à travers une hypothèse complexe :

H2 c : Nous repérerons une confusion interne / externe dans la profusion des réponses ANAT des sujets de notre échantillon contrairement aux sujets de la population tout-venant (l'interne prend le pas sur l'extérieur) une augmentation des Hd (par le ratio H/Hd) associées à des DEFECT ; Ad (ratio A/Ad) associées à des DEFECT ; Sex et Sg (en lien avec l'augmentation du IA% voir hypothèses concernant l'angoisse dominante H4)

Premièrement, nous avons repéré, que contrairement aux sujets appartenant à la population tout-venant, le ratio normatif de 2 H pour 1Hd n'était pas respecté chez une large majorité des sujets de l'échantillon d'organisation psychotique. Ce qui traduit à la fois le repli objectal et l'éclatement de leur représentation d'eux-mêmes. Par ailleurs, malgré une nette élévation du IA % dans la population psychiatrique à l'observation des moyennes, nous ne constatons pas de différence significative entre la population psychiatrique et la population tout-venant statistiquement ; le t.test n'indiquant aucune différence significative. **Nous ne pouvons pas réellement valider cette hypothèse** et ses indicateurs, d'une part par manque de données chez la population tout-venant, et d'autre part du fait de la faible sensibilité du IA %, corrélée à un biais que nous avons déjà mis en évidence qui est lié aux deux grands types de profils : l'un souffrant de débordement pulsionnel (dans ces cas-là l'indicateur d'angoisse est souvent élevé) et l'autre souffrant d'un abrasement presque total de signes de vie psychique « le désert psychotique » selon Chabert (1983) et dans ce cas-là, le IA est égal à 0 ou très faible. En outre, les réponses DEFECT et ANAT sont plus nombreuses chez la population d'organisation paranoïaque (égales à une moyenne d'appartion de 1,88), mais le résultat est certainement influencé par le nombre de réponses en moyenne plus élevé chez ces sujets. Les réponses DEFECT, traduiraient par ailleurs la projection de l'agressivité crue, et souvent en lien avec une emprise archaïque sadique, comme dans la réponse de Kad planche

II « *deux agneaux accrochés à des crocs de bouchers* ». En outre, nous repérons une diminution des réponses DEFECT dans la schizophrénie paranoïde ($m= 0,47$) mais son augmentation à nouveau dans la schizophrénie pure ($m=0,73$). Il semblerait que ces réponses puissent refléter soit la projection de l'agressivité, soit de la destruction telle la réponse « *un papillon avec les ailes qui partent en lambeaux* » planche V venant témoigner d'une angoisse de morcellement par éclatement ainsi qu'une extrême fragilité des assises narcissiques. Dans tous les cas, ce résultat viendrait plutôt éclairer, d'une part par le biais dû au nombre de réponses, et d'autre part traduirait la projection de l'agressivité sous-jacente, très intense dans la paranoïa comme nous l'avons mis en évidence à travers les études de cas. Les réponses ANAT sont élevées dans les sous-groupes de notre échantillon, même si, à nouveau leur fréquence d'apparition est plus élevée dans la paranoïa car égale à 1,52, *versus* 1,17 dans la schizophrénie paranoïde *versus* 0,73 dans la schizophrénie pure. À nouveau nous sommes forcés de constater qu'il est fort probable, d'une part que le nombre de réponses plus élevé dans la paranoïa ait biaisé le résultat, mais aussi que la projection, plus massive dans ces organisations, ait également eu son rôle à jouer concernant ce résultat.

Il n'en reste pas moins que malgré tout la moyenne de référence calculée est plus élevée chez la population psychiatrique que chez la population tout-venant puisque supérieure à 16 % chez la première et inférieure à 10 % chez l'autre.

La quatrième hypothèse relative au registre pulsionnel concerne la qualité de la succession :

H2 d : Nous postulons que la qualité de la succession viendrait traduire la capacité d'ancrage dans une réalité extérieure (dans la réalité matérielle, ancrage du corps et ancrage du Moi) et serait largement plus souvent incohérente dans notre échantillon

Nous pouvons valider cette hypothèse car nous obtenons effectivement une majorité de successions incohérentes dans l'échantillon (succession entre 0 et 3 points) et même si nous ne disposons pas des résultats pour comparer celui obtenu à ceux de la population tout-venant, la succession est beaucoup plus rarement incohérente dans la population tout -venant. Associé au G %, en lecture qualitative, cet indicateur devrait permettre d'évaluer la capacité d'ancrage corporel du sujet. Il paraît évident, qu'il faille également les associer tous deux au pourcentage de représentation de soi unitaire. Ce dernier indicateur s'est révélé très sensible

pour le diagnostic différentiel entre les trois sous-groupes. Il est très informatif sur la qualité des assises narcissiques et s'associe bien dans l'analyse au reste des indicateurs principaux.

H 3 : Nous avons posé l'hypothèse selon laquelle les défenses dominantes devraient mettre en évidence les signes de l'échec du refoulement, associé à une dominante du recours à des défenses archaïques primaires comme le déni de la réalité, la projection, le dédoublement du Moi, le clivage, l'identification projective et la forclusion.

Nous tendons à valider cette hypothèse par la différence significative du nombre de banalités et par la différence significative des Choc K, traduisant le déni de la relation. Par ailleurs, l'étude des 5 cas cliniques contrastés permet de mettre en évidence une prépondérance des mécanismes de défense primaires chez les sujets de l'échantillon, avec une capacité à se dégager dans les organisations paranoïaques les plus pures/abouties par des mécanismes intermédiaires, comme Lepoutre et al. (2016) l'ont mis en évidence. Le recours à la dénégation en est notamment un, prodiguant des perspectives pronostiques plus favorables que dans les cas de schizophrénies. Néanmoins la plupart des sujets d'organisation schizophrénique, eux, recourent massivement au déni, ce qui s'exprime évidemment par les projections délirantes, mais également par l'abrasement psychique, qui somme toute est un déni de vie objectale et libidinale majeur. Par ailleurs, les Chocs K bien plus nombreux dans la schizophrénie mettent en évidence un déni de la relation. Puis, l'indicateur PERSEV renforce les constats observés, mettant en évidence un accrochage désespéré à une réalité dévitalisée et figée. L'augmentation du F % dans les organisations schizophréniques et la chute du H %, nombre de réponses et des grandes kinesthésies s'inscrivent aussi dans la perspective d'une certaine tendance à la dévitalisation morbide chez les sujets psychotiques schizophréniques.

H 4 : Nous avons postulé que nous pourrions repérer l'angoisse de morcellement, au test de Rorschach, dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées et indiquons qu'elle devrait s'accompagner d'une représentation de soi majoritairement dissociée non unitaire dans tous les sous-groupes.

Si la cotation CHOC M ($m= 0,33$) est effectivement en moyenne assez importante, il nous a semblé qu'à nouveau nous ne disposions pas de résultats quantitatifs pour la comparer à un résultat issu de la population tout-venant. Cependant, les analyses qualitatives des cas cliniques contrastés nous permettent de conclure, en effet, à une prépondérance de l'angoisse de morcellement chez les sujets de l'échantillon. Tous les sujets y sont soumis, même si dans les a-structures décompensées secondairement, comme nous l'avons vu en partie VII, l'angoisse d'abandon ou l'angoisse dépressive peut être dominante car relative à la base structurelle de départ (voir Ali et Jordan). Nous avons amené les arguments quantitatifs d'une représentation de soi après l'avoir calculée en double aveugle, chez les 81 sujets de l'échantillon. Nous obtenons une moyenne générale de tout l'échantillon égale à 21 % de représentation de soi entière unitaire. Il ne fait aucun doute que **l'hypothèse est validée** mettant en évidence des assises narcissiques très fragiles chez les sujets de l'échantillon, même si la dispersion des scores assez conséquente dans tous les sous-groupes est à attribuer à des niveaux de décompensation individuelle du mode d'organisation très variable d'un sujet à l'autre au moment de l'évaluation.

H 5 : Nous postulons que nous devrions aussi trouver des traces des troubles de la pensée liés eux-même aux mécanismes de défenses archaïques auxquels ont recours les groupes de psychoses dissociées de l'étude.

Les études de cas ont permis de vérifier ces hypothèses et nous avons vu par exemple que ces mécanismes se rigidifiaient en fonction de la symbolique latente des planches (notamment des planches IV, VI, VII et IX) qui ont tendance à réactualiser des angoisses plus massives). Dans un travail ultérieur, Il faudrait calculer le nombre de REFUS et d'autres indicateurs qualitatifs comme CONTAM ou DEFECT en fonction des planches et observer si certaines sont plus soumises à cette rigidification des mécanismes défensifs, menant à des troubles de la pensée. En tous cas, dans l'analyse dynamique interplanche qualitative des 5 protocoles, il nous semble avoir mis en évidence une convergence entre les mécanismes de défense et les troubles de la pensée. Nous encourageons les recherches qualitatives futures pour renforcer le constat proposé dans cette étude.

H 6 : Nous devrions trouver une mentalisation défaillante dans tous les groupes de psychoses dissociées décompensées de par leurs mauvaises qualités de symbolisation sur les trois pans : phallique agressif, phallique sexuel, féminin-maternel.

À travers les nombreuses projections crues de la violence (voir indicateurs Hd, SANG, DEFECT, ou encore la valence des kinesthésies) et de la sexualité (voir indicateur SEX donné dans 30 % des cas) chez les sujets de l'échantillon, **nous tendons à valider cette hypothèse**, mais nous y reviendrons en ouverture (point D), il faudrait renforcer le dispositif par l'évaluation de ces indicateurs chez la population tout-venant afin de pouvoir établir une comparaison statistique. Les projections du maternel et de la féminité sont rares, donc faibles, mais surtout inexistantes chez nos sujets qui tendent à projeter la représentation d'une imago maternelle phallique toute-puissante au test et aux planches maternelles, comme nous l'avons mis en évidence chez les sujets de l'étude clinique contrastée, tel Jordan. En revanche, nous avons également montré qu'après un travail thérapeutique avec les patients paranoïaques, à l'instar de Manuel présenté dans l'étude longitudinale, l'élaboration d'une position passive dite féminine (Chabert, 2007) semble envisageable. La symbolisation du féminin maternel apparaît ainsi comme un enjeu thérapeutique chez les sujets d'organisation paranoïaque.

Lors de la deuxième partie de l'étude I, nous avons comparé les hypothèses théoriques différentielles propres aux caractéristiques du fonctionnement intrapsychique des trois groupes de psychoses dissociées décompensées entre elles :

H7 : En l'occurrence, nous postulions que concernant l'organisation pulsionnelle des sujets présentant une organisation schizophrénique et schizoparanoïde, nous devrions repérer les indicateurs d'une régression au stade oral contrairement aux sujets paranoïaques qui devraient eux présenter une régression au premier sous stade anal avec un versant homoérotique beaucoup plus marqué.

Cet indicateur est entièrement validé, ainsi que l'hypothèse théorique qui l'accompagne. La cotation PERSPECTIVE ANALE élaborée par Schafer (1956) met clairement en évidence une différence significative entre les trois groupes, selon la logique évidente que cet indicateur apparaît davantage chez les sujets d'organisation paranoïaque et dont la fréquence d'apparition moyenne égale à 1,64 *versus* 0,23 et 0,33 dans les deux autres sous-groupes. De plus, qualitativement, nous avons mis en évidence à travers l'analyse approfondie de deux cas cliniques exemplaires (Catherine et Manuel) que l'angoisse de morcellement par pénétration anale se repérait dans la dynamique interplanche et souvent entre la planche IV et les planches VI, VII, IX. Le cas de Catherine et Manuel, ou encore de Peter (dont le protocole et une partie de son analyse figurent en annexe et pour lequel un article est actuellement en cours de finalisation, Prudent, Husain, Kleiger, De Tychey pour une soumission internationale en témoignent.

H 8 : Concernant l'angoisse dominante, nous pensions repérer une cause dominante différente entre les sous-groupes. C'est-à-dire que dans la schizophrénie nous devons retrouver les signes d'une angoisse de morcellement par défaut d'unité du Moi corporel (plus marquée dans le groupe de schizophrénies "pures" que dans le groupe schizoparanoïde) alors que l'angoisse de morcellement par peur de la pénétration anale devait être plus marquée dans les organisations paranoïaques.

Nous vérifions cette hypothèse car comme nous l'avons indiqué, l'indicateur quantitatif PERSPECT ANALE significativement plus présent dans l'organisation paranoïaque, mais également pour la dynamique interplanche mise en évidence dans les cas cliniques étudiés. Ce constat rejoint celui fait précédemment (Hyp 6). De plus, d'un point de vue qualitatif, et par l'analyse stylistique d'un certain nombre de protocoles, nous avons mis en saillance une tendance à la fécalisation des contenus projetés, que ce soit à travers les verbalisations portant sur les défauts de symétrie, ou sur la thématique des contenus, toilettes, WC, réponses SEX types « *fesses* », « *anus* » ou encore de type « *puits de pétroles* », la saleté, à valence anale ou même les animaux tels « *des grouins* » ou encore des « *rats d'égouts* » associés à la saleté ou à la contamination. Par ailleurs, la dynamique

transférentielle, nous invite à conclure à un registre majoritairement de nature anal par l'emprise exercée sur la fonction de thérapeute ou même de clinicien chercheur. En outre, nous invitons le chercheur clinicien, lors de son investigation, à se laisser porter par le discours du patient pour constater très vite que celui-ci est métonymique et désorganisé et qu'il n'existe pas de place pour autrui. Le sujet d'organisation paranoïaque se contente de maintenir l'emprise en déversant ses paroles, associées à une dynamique psychique de nature revendicatrice, voire quérulente. Nous pensons qu'il faudra créer un lien de confiance avant de pouvoir proposer le bilan, pour ne pas se confronter, soit à un refus, ce qui nous est arrivé quelquefois avec des patients dont le tableau était exemplaire, tels Manuel ou Peter, ou à une réaction défensive s'exprimant par le fait que le patient ne dévoilera pas ce qu'il pourra fantasmer mais donnera des réponses qui lui paraîtront « banales », de même qu'au MMPI il répondra de sorte à ne pas pouvoir éveiller l'attention sur ses troubles paranoïdes. Ces éléments le conduisent à ne pouvoir évoquer les souffrances liées au sentiment de persécution sur le plan clinique. Nous encourageons ensuite le thérapeute à proposer un espace où le sujet d'organisation paranoïaque pourra dans un premier temps se sentir reconnu comme ce qu'il croit qu'il est : une victime spoliée. Nous invitons le lecteur à permettre à ce noyau de se déployer et qu'après y avoir accédé, le patient et le thérapeute construisent cette sphère, ce noyau, de sorte à ce qu'il ne déborde pas massivement sur la réalité. De sorte à conserver une partie saine du Moi (Federn, 1979).

Pour conclure, tant les données quantitatives, que qualitatives (cliniques, projectives, transférentielles) **valident l'hypothèse théorique** et ainsi la proposition psychanalytique freudienne princeps (Freud, 1911, 1915, 1920).

H 8 : Nous postulons que nous repérerions des effets de la projection, de la menace et de l'intentionnalité malveillante ainsi que celle des besoins de protection nettement plus marqués du point de vue défensif dans les organisations paranoïaques que dans les organisations schizoparanoïdes.

Dans un premier temps, **nous validons l'hypothèse** à travers la validation de l'indicateur YEUX (Schafer, 1954, 1956), significativement plus présent chez le sous-groupe des sujets d'organisation paranoïaque que dans les autres sous-groupes d'organisation schizophréniques. D'un point de vue qualitatif **nous apportons également une confirmation de la pertinence de la grille de la paranoïa**, établie pour cette recherche par l'analyse des trois études confondues quantitatives ; qualitative [5 cas contrastés] ; et longitudinale. En outre, nous avons suivi à la lettre les préceptes de Widlöcher (1999) énoncés sur le champ de la recherche clinique dans le champ scientifique de la psychiatrie, puisqu'il invite à appliquer ces trois méthodes confondues. Les indicateurs de protection par l'hypervigilance, tels les « yeux », « le regard sombre », etc., mais également tels les « antennes, les oreilles, les radars, etc. » ont tous été révélés dans les protocoles et nous invitons le lecteur à lire attentivement les verbatim en annexes (constituées de plus de 1000 pages de protocoles de sujets diagnostiqués de psychoses dissociées) travaillé dans l'étude stylistique en partie VII. Nous avons également mis en évidence, à l'essai stylistique, des réponses du types « des piques », « des casques à pointes », « des fusils », « des haches », etc., permettant au sujet de se protéger de l'environnement menaçant (face au risque de pénétration). De plus, nous avons bien repéré l'idéalisation et le renforcement des enveloppes psychiques au test à travers des réponses de types vêtements, peau, ou carapaces, mais aussi à travers les réponses de contenus humains ou animaux tout-puissants, comme l'ont mis en évidence Louët et Azoulay (2016),

H8 a. : Les réponses YEUX cotation qualitative à partir des critères définis par Schafer (1954) et Lerner (1998) relatifs à la projection de la menace ou intentionnalité malveillante seront en augmentation dans la paranoïa par rapport à la schizophrénie et plus importantes dans la schizophrénie paranoïde que dans la schizophrénie.

Cette hypothèse est largement validée tant par l'étude quantitative que par l'étude qualitative. La prévalence de cet indicateur dans la paranoïa est en moyenne de 2,28 tandis que sa moyenne d'apparition chute à 0,60 et à 0,65 dans la schizophrénie et dans la schizophrénie paranoïde (respectivement). Il ne fait aucun doute que cet indicateur peut

exprimer l'expression de traits paranoïdes, mais qu'en cas d'apparition très fréquente, il tend à mettre en évidence une personnalité de structure paranoïaque. Encore faut-il le faire corroborer avec les indicateurs proposés dans la grille de la paranoïa au Rorschach et décrits ci-dessus.

H8b. Nous indiquions que la projection de l'agressivité devrait être plus marquée dans la paranoïa que dans la schizophrénie (en lien avec la lutte pour la survie paranoïaque) et se traduisant statistiquement à travers l'augmentation des cotations CRIT OBJ dans les protocoles paranoïaques *versus* ceux des schizophrénies (les deux confondues).

Nous constatons effectivement une augmentation importante de cet indicateur dans la paranoïa puisque la moyenne est égale à une fréquence d'apparition de 1,36 versus 0,07 dans la schizophrénie pure. Cette différence est statistiquement significative et met en lumière le lit d'une violence très intense dans la paranoïa. Violence qui s'abrase nettement dans les situations de désertification psychique, pour reprendre les termes de Chabert (1983).

L'hypothèse est vérifiée.

H8c. Nous postulons l'hypothèse selon laquelle les réponses DEVIT devraient être plus importantes dans les schizophrénies que dans la paranoïa venant traduire une forme de néantisation de l'individualité et une incapacité à s'humaniser comme vivant et incarné.

Comme nous l'avons mis en évidence, le nombre de réponses très élevé et statistiquement différent entre le sous-groupe schizophrénique et paranoïaque a été une source de biais dans l'analyse statistique lorsque la différence n'est pas aussi creusée que pour les indicateurs précédents. Nous avons observé en moyenne 1,16 réponses DEVIT dans l'échantillon de sujets paranoïaques et une moyenne de 0,37 chez les sujets schizophrènes. Le nombre de réponses plus élevé dans les protocoles des sujets d'organisation paranoïaque fait certainement augmenter la probabilité de donner des réponses qualitatives de ce type. Les

corrections effectuées nous ont permis, la plupart du temps, de limiter cet effet, mais nous ne pouvons affirmer avec certitude que les sujets paranoïaques donnent plus de réponses DEVIT que les sujets schizophrènes, en l'occurrence l'inverse nous semblerait plus évident, compte-tenu de la qualité et de la quantité des réponses kinesthésiques clairement différente entre les deux groupes mettant en évidence un univers dévitalisé dans les protocoles de facture schizophrénique pure. Le nombre élevé de PERSEV et de CHOC K renforce cette hypothèse, qui reste à travailler sur le plan quantitatif, parce que sur le plan qualitatif il nous semble l'avoir validé.

H9 : La relation d'objet dominante devrait être de nature persécutrice et clairement plus marquée dans le fonctionnement paranoïaque et schizoparanoïde que dans le registre a-relationnel et autoérotique des schizophrènes, en proie au désinvestissement objectal et au retrait de la libido sur le moi.

D'un point de vue qualitatif, lors de l'étude de cas contrastés, nous avons mis en évidence une tendance à donner plus souvent des kinesthésies très clairement sur le registre persécuté/ persécuteur ou de défiance ou encore, de menace et de destruction dans la paranoïa que dans la schizophrénie. Chabert (1983-1987) indiquait avant nous que la destruction est opérée dans la schizophrénie quand elle est fantasmée dans la paranoïa et qualitativement et quantitativement c'est ce que nous mettons en évidence. Le désert psychotique décrit par Chabert (1983), correspondrait à la schizophrénie pure selon les résultats obtenus dans la présente étude.

Qualitativement, et notamment à travers l'étude stylistique en partie VII, nous avons mis en évidence, des kinesthésies laissant infiltrer l'agressivité d'une manière ou d'une autre, à l'instar du protocole de Manuel en T2. La défiance est souvent fantasmée et scénarisée, sinon, nous pouvons repérer (évidemment) les classiques kinesthésies du type « *un homme qui en surveille un autre, caché derrière un bosquet* ». Nous retrouvons également de nombreuses kinesthésies maniaques, venant valider l'hypothèse de De Tychey (2012) dans son ouvrage sur l'évaluation de la dépression à travers le test de Rorschach. À savoir qu'il existerait un

continuum entre la position maniaque/mélancolique et la position schizo-paranoïaque de Mélanie Klein (1924) développée partie III. En effet, quand les sujets parviennent à témoigner d'assises narcissiques suffisamment solides au test, alors ils versent dans la projection de kinesthésies hypomanes et maniaques, à l'instar de Catherine et Manuel.

H9a. : Nous avons proposé que les kinesthésies humaines (de types paranoïdes) devraient être plus importantes dans la paranoïa que dans la schizophrénie du fait d'un recours à l'imaginaire plus facilement accessible dans la paranoïa et d'un imaginaire plus riche permettant l'accès à des solutions délirantes auto-thérapeutiques.

Les grandes kinesthésies sont significativement plus présentes dans le sous-groupe paranoïaque : cet indicateur est validé. Nous rappelons au lecteur (voir partie V) que la moyenne des grandes kinesthésies du sous-groupe constitué des sujets d'organisation paranoïaque est égale à 2,32 *versus* 0,35 dans la schizophrénie pure. De plus une analyse qualitative des processus psychiques dans la clinique a mis en évidence en effet une plus grande richesse des constructions délirantes, permettant de travailler un positionnement viable pour le patient. Les données issues de l'analyse transférentielle ont mis en évidence une plus grande capacité à mettre en mots et à maîtriser le thérapeute ou le clinicien en posture de chercheur, par ces paroles (par les mots/maux).

Le nombre de réponses R met aussi clairement en évidence une différence significative entre le sous-groupe constitué des sujets d'organisation paranoïaque versus les deux autres sous-groupes schizophrènes. De plus, la moyenne totale de toutes les kinesthésies est significativement plus élevée chez **les sujets paranoïaques dont la moyenne totale de kinesthésies est évaluée à 6,60** ; *versus* une moyenne de 3,50 au sein du sous-groupe constitué de patients diagnostiqués de schizophrénie paranoïde ; *versus* 1,58 chez le sous-groupe d'organisation schizophrénique pure. Ces scores sont très clairs et mettent en évidence un continuum de la qualité de l'espace imaginaire, comme nous l'avons constaté à travers nos analyses transférentielles lors de l'étude clinique qualitative de cas contrastés (deuxième étude de la partie VII).

Les moyennes des chocs kinesthésiques viennent renforcer ce constat puisque nous avons relevé que seulement 20 % des sujets d'organisation paranoïaque avaient refusé la mise en relation à la planche III *versus* une moyenne de 50 % des sujets d'organisation schizophréniques qui investissent d'emblée un déni de la relation (Chabert 1983).

Les hypothèses opérationnelles de niveau 9 sont toutes validées et nous développerons la question de l'espace imaginaire et des kinesthésies dans les prochains paragraphes :

H10 : La relation d'objet dominante devrait être de nature persécutrice et clairement plus marquée dans le fonctionnement paranoïaque et schizoparanoïde que dans le mode de relation des schizophrènes confrontés au désinvestissement objectal.

Comme nous l'avons déjà écrit, d'un point de vue qualitatif, lors de l'étude II de cas contrastés, nous avons mis en évidence une tendance à donner des kinesthésies très clairement sur le registre persécuté/ persécuteur ; ou encore de défiance du type « *ils se regardent de haut* », « *une hyène prête à bondir* », etc., phénomène que nous avons observé et peu évoqué dans la littérature (la kinesthésie de défiance). Nous avons repéré des projections de la menace et de la destruction dans la paranoïa ainsi que dans la schizophrénie. Chabert (1983-1987) et Husain *et al.*, (2001) indiquaient avant nous que la destruction est opérée dans la schizophrénie quand elle est fantasmée dans la paranoïa.

H11 : Nous pensions trouver une représentation de soi plus dissociée chez les sujets schizophrènes que chez les sujets schizoparanoïdes et plus dissociée chez ces derniers que chez leurs homologues paranoïaques.

Le pourcentage de représentation de soi unitaire, dont le calcul est élaboré à partir de notre grille présentée plus haut, est effectivement statistiquement significativement plus élevé

chez les sujets paranoïaques que chez les sujets schizophrènes paranoïdes. Il est encore plus élevé chez les sujets schizophrènes paranoïdes que chez les sujets schizophrènes purs. En outre, malgré le nombre élevé de réponse dans la paranoïa, le nombre moyen de contaminations de la pensée, est de valeur égale (1 et 1) dans la paranoïa et dans la schizophrénie pure, venant traduire également une dissociation plus marquée puisque les sujets paranoïaques donnent plus de réponses. L'étude de cas contrastés a également permis de corroborer ce constat. La dissociation s'exprime dans le délire chez le paranoïaque quand elle semble s'exprimer et peser sur tout le moi et sur la représentation de soi dans la schizophrénie. L'abrasion totale de la psyché, constatée dans certains cas de schizophrénie, tels que mis en évidence dans l'étude II (5 cas cliniques contrastés), en témoigne. La dissociation s'exprime à travers la projection dans la paranoïa, mais dans la schizophrénie, ce mécanisme semble remplacé par le déni massif ; la projection est très peu efficace. Le schizophrène n'a pas construit des objets suffisamment solides pour se permettre de les projeter.

Tandis que le sujet d'organisation paranoïaque, serait dans une tentative d'unification de l'objet mais dont le potentiel destructeur redoutable et redouté, ne permettrait pas la stabilisation du processus - relatif à la phase dépressive kleinienne. Le sujet schizo-paranoïde, serait quant à lui, englué dans une tentative répétitive d'individuation impossible, sollicitant énormément la thématique de la fusion et de la défusion au Rorschach. Il nous semble pertinent de relier dans notre analyse ce processus au stade oral. Le stade anal de réjection (stade I, juste avant la divided-line) propre aux organisations paranoïaques permet d'aboutir à une autre problématique, même si les effets de la dissociation sont bien présents, à l'instar du cas du Président Schreber (1911) que Freud a défendu comme tel ; en opposition à la schizophrénie paranoïde de Bleuler (1911). Cela, nous l'avons mis en évidence au cours de la revue de la littérature (parties II, III, IV).

H 11 est évidemment vérifiée sans doute possible : la représentation de soi est plus dissociée chez les sujets schizophrènes que chez les sujets schizoparanoïdes et plus dissociée chez ces derniers que chez leurs homologues paranoïaques

H12 : Nous formulons l'hypothèse, concernant l'étude longitudinale (partie VII dernière section) sur la paranoïa, d'une stabilité test/re-test au Rorschach dans le diagnostic, permettant de conclure à la fiabilité du test dans l'évaluation de la paranoïa

Nous avons repéré une stabilité des indicateurs propres à la paranoïa au test/re-test à 24 mois d'intervalles, à travers l'étude du cas de Manuel dont la valence homoérotique, à ce stade, ne fait plus aucun doute. Nous avons ainsi pu démontrer la fiabilité de notre diagnostic projectif et clinique bergerétien. En effet, malgré une évolution certaine de la personnalité, en termes de restauration du narcissisme et de la qualité des introjects, nous avons mis en évidence une stabilité dans l'organisation de la personnalité paranoïaque chez Manuel. Tout corrobore dans le sens d'un registre anal, homoérotique et dominé par une difficulté à mentaliser l'agressivité. Le délire a éclos alors qu'il a failli devenir père, c'est ce que nous avons oublié de signaler à la fin de l'analyse, mais finalement il s'agit d'un argument d'autant plus fort ici pour valider notre hypothèse en faveur d'une stabilité de l'organisation psychique, parce qu'issue d'une lignée structurelle stable, *a contrario* des a-structures. En effet, séduit par une collègue d'origine algérienne, il dira d'elle « *qu'elle était très belle mais malveillante* ». Ils ont eu une aventure, Manuel travaillait face à elle, il décrit l'écran de l'ordinateur les séparant comme le protégeant de son regard. Mais la jeune femme est tombée enceinte et il ne l'a pas supporté. Manuel veut des enfants à un niveau fantasmatique, mais « sans femme ». Il nous a même semblé commencer à élaborer une position paraphrène, comme lorsque Schreber rejette le fantasme de tomber enceinte de Dieu (Lacan, séminaire III rappelle que Flechsig lui a indiqué qu'il allait « couvrir » un bon sommeil et cela aurait réactualisé la forclusion du NDP).

Dans l'ensemble, les patients hommes, de structure paranoïaque pure, ont tendance à rêver qu'ils sont enceintes. Nous invitons le thérapeute à questionner cette problématique des origines et de l'auto-engendrement, intrinsèquement noués également à la problématique anale et à la crainte d'être pénétré en cet endroit, en l'occurrence, les fèces sont vécues comme l'objet persécuteur (Stärk 1935, Abraham, 1912/1913). La position paraphrène, par le biais d'une identification féminine, passive, semble permettre au sujet de supporter par suppléance, la castration ; avec comme pour soutien la construction délirante projetée d'un grand Autre, que ce soit Dieu, comme chez Schreber, ou l'ingénieur du logiciel dans lequel nous sommes supposés vivre, comme le soutient Manuel, ou encore les voisins qui maltraitent

leurs enfants et les animaux à l'instar de ce que vit Catherine, avec l'idée qu'ils la persécutent au point que leur monde tournerait totalement jour et nuit autour d'elle, mettant en évidence un moi mégalomane. En outre cette position ne semble pas la même selon que le sujet soit un homme ou une femme. La paranoïa autopunitrice a déjà été mise en évidence dans le cas d'un sujet féminin par Lacan, il s'agit d'Aimée (1932). Les paraphrénies ont, à notre connaissance, été mises en évidence dans le cas complexe de paranoïas masculines. Il semblerait qu'il y ait une forme d'inversion de la différence anatomique des sexes dans l'intériorisation psychique des sujets, si l'homme paranoïaque s'identifie à la mère, la femme, elle, rejette du dedans d'elle-même l'identification maternelle. Elle ne semblera parvenir à se construire et à se stabiliser qu'en identification, certes certainement superficielle, au père, à la loi, surinvestie (Catherine téléphonait plusieurs fois par semaine à la police et a entrepris de nombreuses dispositions judiciaires contre ses « harceleurs »)... La sodomie en l'échange « d'amis » (annonce d'emblée le niveau de réification de l'objet) proposé par le fils de la nourrice de Catherine, et acceptée par cette dernière, met en évidence une sur-sollicitation du fantasme de pénétration anale ; comme si la position passive féminine ne pouvait s'épouser qu'ainsi. De même la révélation toute récente sous-tendant un délire que nous a confié Catherine : elle pense que des gens ont sodomisé son chien, comme en miroir (le chien n'aurait aucune séquelle). L'identification à la mère, persécutrice et phallique, et la culpabilité archaïque associée à ce fantasme, conduisent la femme d'organisation paranoïaque à se punir, à l'instar de Catherine ou d'Aimée (Lacan, 1932).

La reconnaissance de la stabilité de l'organisation psychique de ces personnalités permet d'approfondir la réflexion en termes de diagnostic et de prise en charge comme nous venons de l'illustrer, et nous sommes favorables à l'idée de travailler en fonction de ces connaissances approfondies de la dynamique psychique. De même, il nous paraît évident, lorsque nous rencontrons nos sujets que certaines périodes sont plus sensibles, confrontant le sujet à ses fantasmes originaires, que sont la paternité et la position hiérarchique paternelle (Lacan [1956] indique que lorsqu'il y a promotion, la décompensation paranoïaque n'est pas loin..., en référence à la promotion du président à la cour d'appel). Solliciter la tiercéité dans sa symbolique représente un réel danger dans le parcours de vie du sujet de cette organisation, en effet, et cela nous l'avons repéré à travers l'expérience clinique. Le projectif Rorschach nous permet de comprendre cette dynamique.

Pour conclure, nous affirmons la vérification de l'hypothèse

B. Apports les plus importants de ce travail

La recherche développée dans cette thèse avait pour objectif l'étude des psychoses dissociées à travers une approche clinique et projective comparées. Cette recherche a été composée de plusieurs études, la première visait la comparaison statistique des indicateurs au test de Rorschach (Nina Rausch de Trautenberg, 1990, Richelle 2009) de la population tout-venant ([n=312], De Tychev et al., 2012) et dans la population psychiatrique psychotique (n=81). Puis au sein de cette première étude, c'est la comparaison statistique entre les trois sous-groupes de notre échantillon qui a été réalisée : 25 sujets diagnostiqués de paranoïa ; 30 sujets diagnostiqués de schizophrénie ; 26 sujets diagnostiqués de schizophrénie paranoïde.

La seconde étude a été une analyse qualitative contrastée, consacrée à une investigation approfondie des psychés de cas cliniques exemplaires, représentatifs des trois sous-groupes de référence de notre population d'étude (paranoïaques, schizo-paranoïdes, schizophrènes), cet échantillon étant lui-même composé de sous-groupes de sujets limites souffrant de décompensation psychotique secondaire et hospitalisés sur du long court.

Dans l'étude qualitative de cas cliniques contrastés, nous avons présenté un premier sujet de structure paranoïaque pure, Catherine, un cas de paranoïa féminine autopunitive. En second lieu, nous avons présenté l'analyse d'un tableau clinique de structure schizophrénique, Joseph, dont le Moi mégalomane et le délire envahissant auront sûrement interpellé le lecteur ; et enfin, nous avons analysé un cas de schizophrénie pure, Doug, dont le désert psychique nous a particulièrement interpellée dans la dynamique transféro-contre-transférentielle. Ensuite, afin d'illustrer au plus près ce que nous entendons par « glissement d'une a-structure vers une psychose dissociée » (et non vers une mélancolie comme cela se repère aussi, Bergeret, [1974]), nous avons analysé les cas de Jordan et d'Ali. Ali était probablement initialement inscrit dans une a-structure (Bergeret, 1974) à partir de laquelle il a décompensé secondairement dans une organisation paranoïaque ; Jordan quant à lui, a décompensé secondairement dans une schizophrénie pure. Nous n'avons pas choisi d'illustrer de cas d'a-structure ayant décompensé secondairement dans une schizophrénie paranoïde, car

il semblerait que ce soit relativement rare ; sur 30 sujets de cette organisation, seulement 2 sont dans cette situation, alors que nous en repérons plus d'une demi-douzaine dans cette situation au sein de l'échantillon de schizophrénie pure. Cette étude a eu le mérite de mettre en avant qu'une partie de la population diagnostiquée de psychose était issue initialement d'une a-structure.

La troisième étude, l'approche longitudinale d'un cas clinique exemplaire de paranoïa, Manuel, nous a permis de mettre en évidence la fiabilité du diagnostic et de l'entité nosographique [de paranoïa] (Prudent, Evrard, De Tychev, 2016). En effet, selon l'approche psychiatrique actuelle, dans la nosographie américaine, la paranoïa tend à disparaître en tant qu'entité distincte pour laisser place à une perspective purement dimensionnelle du trouble ; c'est-à-dire uniquement comme un trait de personnalité, et non plus comme une pathologie au sens propre.

Ainsi, par le biais de l'étude III, nous avons mis en évidence la dimension structurelle et la stabilité de l'entité paranoïaque. La fixation anale, la relation objectale de nature persécuté/persécutant, les besoins de protection, l'hypervigilance, la projection, l'intellectualisation et le déni, sont autant de mécanismes repérés en T1 puis en T2, 24 mois plus tard, après une prise en charge bifocale (psychiatrique et psychologique) chez Manuel. Ainsi, nous avons répondu à la proposition de Widlöcher qui, en 1999, appelait de ses vœux à croiser approches quantitative empirique, clinique phénoménologique et longitudinale pour valider la fiabilité des observations.

Les résultats obtenus sont particulièrement intéressants et originaux, notamment concernant les indicateurs du psychogramme dans la comparaison entre la population tout-venant et les sujets de cette étude (n= 81), mais aussi dans les indicateurs différentiels des organisations psychotiques entre elles. La qualité formelle, les réponses dites « banales » mises en évidence par Schafer (1956) comme l'indicateur permettant d'évaluer la qualité du refoulement ; les localisations (notamment à travers les dbl, Dd et autres petites découpes ou étranges), les contenus et les déterminants sont autant d'indicateurs particulièrement pertinents dans le diagnostic de psychose dissociée. En outre, les indicateurs PERSPECT ANALE et YEUX établis par l'américain Roy Schafer (1954, 1956) permettent en outre

d'établir un différentiel statistiquement significatif entre la schizophrénie et la paranoïa au test de Rorschach.

En effet, comme le synthétise bien le tableau ci-dessous déjà présenté en partie V, la première étude nous a amenés (mes directeurs et moi-même) à repérer des indicateurs décisifs dans l'évaluation des psychoses dissociées au test :

SIGNIFICATIF (risque d'erreur entre 1 et 5 %)	NON SIGNIFICATIF (risque d'erreur entre 1 et 5 %)
R**	
	G%
D%**	
	F%
F+%**	
	Di%
	Dd%
H%**	
IA%->	
Ban (refoulement)**	
Grandes kinesthésies->	
Petites Kinesthésies**	
Total= 6/12	Total : 4/12

Nous avons repéré 6 grands indicateurs du psychogramme qui ressortent comme significativement différents chez les sujets de l'échantillon de la population psychiatrique psychotique dissociée *versus* la population tout-venant. Autrement dit 6 grands facteurs

quantitatifs au test de Rorschach dans le repérage des troubles psychotiques et qui sont : le nombre de réponses moyen, le D% moyen, le F+ % moyen (pondéré par rapport au F% lui-même pondéré), le nombre moyen de banalités, le H% moyen et le nombre moyen de kinesthésies.

Lors de la deuxième partie de la première étude, il nous a semblé que le tableau récapitulatif des résultats aux ANOVA et aux tests paramétriques partie V présentait une bonne synthèse des indicateurs les plus pertinents pour l'évaluation des sujets diagnostiqués de psychoses dissociées (paranoïa, schizophrénie paranoïde, schizophrénie).

Indicateurs	ANOVA			Tests non-paramétrique		
	Organisations paranoïaques versus schizophréniques	Organisations paranoïaques versus schizoparanoïdes	Organisations schizoparanoïdes versus schizophréniques	Organisations paranoïaques versus schizophréniques	Organisations paranoïaques versus schizoparanoïdes	Organisations schizoparanoïdes versus schizophréniques
*Valeur de p. significative						
R	<0,05*	X	<0,05*	<0,05	X	<0,05*
dbl%	X	X	X	X	<0,05	X
Di%	X	<0,05*	X	<0,10	<0,05*	X
Dd%	<0,05*	<0,05*	X	X	X	X
A%	X	X	<0,05*	X	X	<0,10
F%	<0,05*	<0,05*	X	<0,1	<0,05*	X
YEUX	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	<0,1
PERSPECT ANALE	<0,05*	<0,05*	X	<0,05*	<0,05*	X
CHOC K	<0,05	<0,05	X	<0,05*	<0,05*	X
Représentation de soi	NA	NA	NA	<0,05*	<0,05*	X
Total K	NA	NA	NA	<0,05*	<0,05*	X

Au sein de ce tableau, nous l'avons indiqué les indicateurs différentiels entre les trois sous-groupes principaux sont PERSPECT ANALE ; YEUX (Schafer, 1954, 1956) ; le nombre de réponses noté R ; les Chocs K qui marquent un repli de la libido sur le Moi ; la représentation de soi plus effondrée dans la schizophrénie et dans la schizophrénie paranoïde par rapport à la paranoïa et le total des kinesthésies, qui comme nous l'avons vu est largement plus élevé dans la paranoïa en raison d'un imaginaire riche et non cadenassé. Le repli sur le Moi est moins sévère, car l'économie et la relation d'objet ont un niveau plus abouti, surtout de par, un moi plus développé car ayant atteint le premier sous-stade anal.

La seconde étude a mis en avant le côté exemplaire de certains cas cliniques, en outre, Manuel et Catherine, et la résonance entre la clinique et la théorie. Par ailleurs, nous tenons à rappeler au lecteur que **les hypothèses théoriques se vérifient en grande partie même si ce n'est qu'en grande partie car l'hypothèse sur la nature des conflits n'est pas complètement vérifiée...** Néanmoins, elles viennent renforcer l'observation qui concerne les 5 registres principaux bergerétien de référence et qui sont : la relation d'objet, les mécanismes de défense, l'angoisse sous-jacente, les conflits dominants et les liens à la réalité (influencé par les mécanismes de défense), purement inspirés par un modèle psychanalytique structural. Comme nous l'avons mis en évidence en partie VII. Cependant, les indicateurs sous-jacents se sont révélés parfois moins sensibles qu'escomptés. Nous ne soupçonnions pas, par ailleurs, la puissance et la sensibilité de certains indicateurs à l'instar du nombre de banalités, des CRIT OBJ, des CHOC K, des kinesthésies, de la représentation de soi.

En outre, la seconde étude nous a permis d'évaluer notre vécu transférentiel en associant librement sur la base et à l'issue de cinq années d'exercice en psychiatrie pour adultes. Nos émotions, ainsi que nos pulsions, nous auront permis de reconnaître une cohérence entre la lecture projective, la clinique et le vécu transférentiel. Nous l'avons indiqué, nous avons pu expérimenter principalement deux types de transfert avec des sujets schizophrènes : le débordement pulsionnel (valence paranoïde) et l'abrasement de toute vie psychique (valence désert psychotique). Par ailleurs, par le biais de notre rencontre avec les sujets ayant secondairement décompensé mais provenant initialement d'une lignée a-structurale, nous avons également pu ressentir le lien de dépendance objectale dans lesquels peuvent s'engluer les état-limites de bas niveaux. Mais l'impression d'être phagocytée est surtout apparue en présence des patients d'organisation paranoïaque, le sentiment d'être maîtrisée et méprisée lors des premiers entretiens si spécifiques à la relation mise en place au départ par ces personnalités. Ensuite, nous l'avons analysé, dans le vécu transféro-contre-

transférentiel avec ces patients nous avons été placée en position d'idéal que notre pratique thérapeutique nous a invité à questionner.

C. Critiques et limites de votre travail

Les critiques que nous pourrions adresser à ce travail sont nombreuses, à commencer par la problématique mise en évidence concernant l'étude I quantitative du biais de nombre de réponses. Or, nous l'avons argumenté, nous avons pris la décision, avant de commencer l'étude, de respecter le modèle de l'Ecole de Paris et non le modèle Exner ou R-Pas qui eux tendent à imposer le nombre de réponses projetées au Rorschach par tous les sujets. Nous pensons que permettre au sujet de donner le nombre de réponse qu'il veut permet de saisir un grand nombre d'éléments cliniques et même quantitatifs révélateurs (à l'instar du nombre de réponse noté R). Par exemple, l'élévation du nombre de réponses peut indiquer un imaginaire riche si les autres indicateurs (nombre de kinesthésies, A %, etc.) vont dans ce sens. Les analyses cliniques ont mis en évidence la diversité des profils et l'importance pour nous de laisser la subjectivité du sujet s'exprimer, même si les indicateurs qualitatifs de la 4^{ème} colonne peuvent par rebond être biaisés. Les corrections statistiques nous semblent parer partiellement à ce problème. L'autre manière de parer à ce biais est d'analyser qualitativement et cliniquement les sujets, comme nous l'avons fait pour tous (n=81) afin de faire converger les données cliniques et les données projectives, avec si possible, les indicateurs empiriques nosographiques Anglo-Saxons.

Le second biais de cette étude tient au fait que nous n'avons pas eu de moyens financiers supplémentaires à notre bourse de thèse pour financer la recherche. Si bien que nous avons été contraints de coter à deux les tests de Rorschach, ne pouvant financer des étudiants ou des doctorants experts pour compléter notre analyse en double aveugle et venir confirmer nos résultats par un plus grand nombre de juges. Dans l'idéal nous aurions souhaité que chaque Rorschach soit coté à l'aveugle au minimum par 5 juges. Cette démarche méthodologique nous aurait permis de rejeter des critiques scientifiques acceptables. En outre, sur 20 protocoles, nous avons calculé la fiabilité inter-coteurs entre le Professeur De Tychey et nous-même et avons obtenu une fiabilité très élevée à 0,95%.

Au regard de la qualité des résultats obtenus, nous envisageons de récolter des financements afin de pouvoir déployer les recherches dans ce fléchage sur une autre

thématique : la validation de la grille de la représentation de soi chez la population tout-venant par exemple, avec les moyens financiers, nous l'espérons, pour rémunérer des spécialistes de la cotation Rorschach (étudiants de M2 ou doctorants).

Le troisième principal biais de cette étude tient aux traitements pris par certains patients et non par d'autres, et donc au manque d'homogénéité des traitements chimiques rapporté des 81 sujets de l'échantillon. Dans la mesure de nos possibilités (c'est-à-dire nos autorisations d'accès aux dossiers médicaux), nous avons répertorié ces traitements en annexes avec les données d'anamnèses. Nous l'avons vu, les patients d'organisation paranoïaque prennent moins souvent de traitements et pourraient avoir induit un biais sur le nombre de réponses et la productivité de l'imaginaire en général. En revanche, les résultats des sujets d'organisation schizo-paranoïde, tous sous traitements, pourraient souffrir du biais inverse. Les protocoles témoignent souvent d'un abrasement de l'imaginaire. Pour approcher cette problématique, nous avons présenté les données cliniques et les indicateurs psychiatriques des sujets de sorte à mettre en convergence la valence paranoïde. Il est intéressant de constater que la valence paranoïde massive sur le plan clinique symptomatique peut être dans certains cas complètement abrasée sur le plan de la production projective Rorschach et dans d'autre cas projetée massivement malgré la lourdeur des chimiothérapies neuroleptiques prescrites. Il serait donc pertinent de faire une étude différentielle de la nature des médicaments très diversifiés prescrits, dont l'effet serait de réussir à modifier la production projective de manière aussi massive.

Pour conclure, dans l'ensemble il nous semble que par le recours à des analyses statistiques rigoureuses, nous avons pu éviter les biais de confirmation des hypothèses de travail. Raison pour laquelle nous avons obtenu certains résultats inattendus et n'avons pas obtenus d'autres résultats que nous attendions comme par exemple le manque de sensibilité du $G+$ % ou encore l'effondrement du nombre de banalités, même si Schafer (1954, 1956) avaient déjà mis en évidence la valeur de cet indicateur pour évaluer la qualité du refoulement. En outre, nous avons complété les données quantitatives statistiques par une analyse théorique entrant directement en résonance avec les résultats obtenus. Nous avons enrichi ces constats théorico-cliniques par l'analyse qualitative fine de 5 cas cliniques contrastés et illustratifs de notre échantillon. Pour apporter un argument de fiabilité test/re-test nous avons accompagné pendant 24 mois l'évolution d'un patient d'organisation paranoïaque.

Cette démarche nous a permis de renforcer les constats des projectivistes sur la scène scientifique, à savoir, la qualité de stabilité du test. Mais nous avons aussi, à travers le diagnostic d'organisation paranoïaque de Manuel, apporté des arguments concernant et la fiabilité du test pour le diagnostic différentiel intra psychoses ; à 24 mois d'intervalle, avec la mise en évidence, en l'occurrence, de la fiabilité des indicateurs de la paranoïa tels que YEUX et PERSPECT ANALE (Schafer, 1956). De plus ces indicateurs mettent en évidence une fixation au stade anal de réjection (Abraham, 1913 ; Bergeret, 1974).

D. Pistes de recherches futures à proposer à partir des constats précédents émis en conclusion

Comme nous l'avons déjà indiqué, nous souhaiterions mettre au point un indicateur composite des petites localisations de mauvaise qualité, ainsi des découpes étranges ou des petites découpes dans lesquelles les sujets prennent en compte le blanc. Les résultats ne sont pas souvent significatifs entre les sujets de notre échantillon ou entre ces derniers et la population tout-venant, et cela est certainement dû au fait que les indicateurs soient éclatés en plusieurs petits indicateurs.

Par ailleurs, il nous tient vraiment à cœur de poursuivre la validation des indicateurs qualitatifs au test, issus pour la plupart des auteurs Anglo-Saxons ainsi que la validation de l'indicateur du pourcentage de représentation de soi unitaire. Cette recherche a permis de mettre en évidence l'intérêt de poursuivre les recherches quantitatives avec le test de Rorschach selon une approche psychodynamique, car il semble pouvoir révéler la valeur des théories sous-jacentes, comme indiqué dans la validation des hypothèses théoriques en partie IV et des hypothèses opérationnelles en partie V. Le Rorschach est selon nous un outil rare et riche pour révéler les indicateurs des marqueurs psychiques en recherche clinique. Cette étude en témoigne à notre sens, tant par la validité des indicateurs que par la fiabilité de ceux-ci, mais aussi par rapport à leur cohérence avec le modèle théorique. Il nous semble que la capacité au refoulement mise en évidence par l'indicateurs banalités sera très précieux ultérieurement au même titre que l'indicateur de représentation de soi.

Enfin, il s'agira pour nous de défricher la recherche concernant les sujets états-limites (dans la nosographie bergerétienne) psychiatisés, souvent lourdement, comme nous l'a confirmé notre échange récent avec le Chef de Pôle de Jury mais aussi comme le met en

évidence cette étude. Il nous semble donc indispensable, à l'avenir de s'interroger sur leur prévalence en psychiatrie et les leviers enivageables pour leur déchronicisation. Cette recherche future pourrait être accompagnée d'une recherche déterminant les facteurs étiologiques poussant tel ou tel sujet état-limite (ou issu d'une a-structure, en terme générique) à décompenser plutôt vers une mélancolie ou plutôt vers une psychose dissociée. Nous pouvons d'ores et déjà, au regard des premiers résultats qualitatifs obtenus dans cette étude, considérer que cela dépendrait de la qualité des introjects et peut-être de la nature des traumatismes traversés lors de leur parcours de vie. Sur ce dernier plan, il nous paraîtrait intéressant de comparer les scores obtenus à l'index de contenu traumatique TCI du Rorschach par les différents sous-groupes de patients psychotiques dissociés, car la pertinence de cet indicateur issu de la clinique américaine vient récemment d'être démontrée par notre équipe de recherche dans le champ de la clinique du trauma sexuel (de Michèle & al 2018). À nouveau, notre modèle théorique nous guiderait tel un phare dans la nuit pour considérer cette recherche future en termes d'étiologie et de prévalence du trouble.

Au final, cette recherche a permis d'abord de mettre en évidence qu'il est illégitime de poser le trouble paranoïaque selon une approche purement dimensionnelle, à l'instar de l'actuel DSM-5 et qu'il importe au contraire d'affirmer son statut diagnostique en termes de structure psychotique dissociée, à différencier de la structure schizophrénique et des organisations mixtes schizoparanoïdes. Le suivi au long cours opéré montre également qu'il existe, grâce aux prises en charge à la fois psycho et chimiothérapiques, des possibilités d'évolution des organisations paranoïaques, même si leur prise en charge demeure très malaisée.

Sur un autre plan le DSM 5 actuel préfère dissoudre les entités psychotiques au sein d'un spectre schizophrénique à notre sens beaucoup trop large, allant de la schizotypie à la catatonie ! Le modèle structural qui a été le nôtre (Bergeret 1974) permet d'effectuer des différenciations beaucoup plus fines au sein des différentes entités psychotiques qui ne sont pas sans conséquence sur les possibilités de prise en charge qu'elles offrent. Ce modèle est tout le contraire d'un modèle rigide puisqu'il envisage la déconstruction et la reconstruction du fonctionnement limite en décompensation psychotique comme l'illustre plusieurs des cas faisant partie de notre échantillon clinique. Il est d'autant plus ouvert qu'il envisage également au sein des lignées psychotiques la possibilité d'un passage d'un fonctionnement

schuizophrénique à un fonctionnement paranoïaque au cours de la vie, ce que les nosographies psychiatriques symptomatiques ne démentent nullement.

Pour clore notre réflexion avec un peu de recul, un mot sur les méthodologies de recherche en psychologie clinique, sans revenir sur l'inestimable apport représenté par le Rorschach pour rendre compte des marqueurs spécifiques du fonctionnement intrapsychique. Nous avons défendu dans ce travail une approche croisée de clinique quantitative et de clinique qualitative. Nous restons sur ce plan fidèle à l'optique de recherche clinique préconisée dès le départ par Bergeret et formalisée dans l'ouvrage collectif dirigé par Genthialon-Vittet & Vermorel (1999) consacré à son œuvre. Dans le chapitre consacré à la recherche, Bergeret souligne que la recherche en psychopathologie clinique doit viser en même temps la compréhension du fonctionnement intrapsychique et comportemental individuel dans sa singularité *et* le dégagement de constantes propres à chaque mode d'organisation psychopathologique. Nous avons tout au long de cette thèse défendu ces deux approches et montré leur complémentarité. Au terme de ce travail, nous restons convaincus d'abord de l'intérêt et de la richesse d'une convergence des méthodologies cliniques (entretiens, Rorschach, questionnaires) pour saisir une vraie compréhension du fonctionnement individuel et de ses avatars. Mais nous demeurons tout autant convaincus de l'utilité d'une orientation méthodologique quantitative pour saisir les marqueurs stables de chaque entité psychopathologique, avec toutefois une dernière remarque sur l'extrême difficulté à constituer un groupe clinique homogène. En effet, la singularité de chaque individu et son niveau de désorganisation, les défenses qu'il mobilise, contribuent parfois à dissoudre les constantes de son fonctionnement interne pour mettre au premier plan ce qui contribue à sa singularité, ce qu'un certain nombre de cas cliniques présentés dans les annexes de cette thèse mettent en évidence.

9. Bibliographie

Abraham, K. (1912). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. *Œuvres complètes, I*, 1907-1914.

Abraham, N., & Torok, M. (1978). *La crypte au sein du moi. Nouvelles perspectives métapsychologiques. L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier Flammarion.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1980). Task Force on DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. *Washington, DC : American Psychiatric Association, 4*.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. *Washington, DC: American Psychiatric Association, 4*.

American Psychiatric Association. DSM-5 (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Arlington : American Psychiatric Publishing*.

Andronikof et Sanglade, A. (1993). L'abstraction au Rorschach comme mécanisme d'anti-symbolisation : Réflexion autour du protocole d'une adolescente suicidaire. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives, 37(1)*, 71-91.

Anzieu, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse, 9(19)*, 5-208.

Aronow, E et Reznikoff, M (1976) Rorschach content interpretation. N.Y. : Grune & Stratton.

Aronow, E., & Reznikoff, M. (1976). *Rorschach content interpretation*. N.Y.: Grune & Stratton.

Arrivé, M. (2003). Langage et inconscient chez Freud: représentations de mots et représentations de choses. *Cliniques méditerranéennes, (2)*, 7-21.

Azoulay, C., Emmanuelli, M., Rausch de Traubenberg, N., Corroyer, D., Rozencwajg, P. & Savina, Y. (2007). Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez

le jeune adulte. *Psychologie clinique et projective*, 13,(1), 371-409.
doi:10.3917/pcp.013.0371.

Azoulay, C., & Emmanuelli, M. (2012). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*. Paris : Dunod.

Azoulay, C. (2007). Les mécanismes paranoïaques dans les épreuves projectives : revue des principaux auteurs. *Psychologie clinique et projective*, (1), 35-56.

Azoulay, C., & Louët, E. (2016). *Schizophrénie et paranoïa : étude psychanalytique en clinique projective*. Paris : Dunod.

Axe, I., Axe, I. I., Axe, I. V., & Axe, V. (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Washington, DC: American Psychiatric Association*, 4.

Bacqué, M. F. (2011). Existe-t-il une psychologie de la mort ? *Le Carnet PSY*, (5), 22-24.

Bagby, R. M., Costa, P. T., Widiger, T. A., Ryder, A. G., & Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the Five-Factor Model of personality: a multi-method examination of domain-and facet-level predictions. *European Journal of Personality*, 19(4), 307-324.

Bahnsen, C. B., & Bahnsen, M. B. (1964). Denial and repression of primitive impulses and of disturbing emotions in patients with malignant neoplasms. *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*, 42-62.

Baxter, J. C., Becker, J., & Hooks, W. (1963). Defensive style in the families of schizophrenics and controls. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(5), 512.

Beck, S. J. (1930). The Rorschach Test and personality diagnosis: I. The feeble-minded. *American Journal of Psychiatry*, 87(1), 19-52.

Beck, S. J. (1932). *The Rorschach test as applied to a feeble-minded group*. Archives of Psychology.

Beck, S. J. (1933). Configurational tendencies in Rorschach responses. *The American Journal of Psychology*, 433-443.

- Beck, S. J. (1938). Personality structure in schizophrenia: a Rorschach investigation in 81 patients and 64 controls. *Nervous & Mental Disorders Monograph Series*.
- Beck, S. J. (1942). Error, symbol, and method in the Rorschach test. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37(1), 83.
- Beck, S. J. (1961). Filetest de Rorschach, 2 vol., traduit par D. Anzieu, Paris, PUF (épuisé).
- Beck, S. J., Anne G. Beck, Levitt, E. E., & Herman B. Molish. (1967). *Le Test de Rorschach: Rorschach's test*. Paris: Presses universitaires de France.
- Beck, S. J., Rabin, A. I., Thiesen, W. G., Molish, H., & Thetford, W. N. (1950). The normal personality as projected in the Rorschach Test. *The Journal of Psychology*, 30(2), 241-298.
- Béhar-Azoulay, C. (1993). La schizophrénie de l'adolescent et du jeune adulte à travers les méthodes projectives. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 37(1), 143-160.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 21(8), 1143-1192.
- Beizmann, C. (1952). Compte rendu du symposium Rorschach au congrès international de psychiatrie (Paris, sept. 1950). *Psychologie clinique et projective*, 2(2), 40-44.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach. D'après une compilation des cotations de H. Rorschach*. Ed. du Centre de psychologie appliquée.
- Bergeret, J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1987). *Le "Petit Hans" et la réalité ou Freud face à son passé*. Paris : Payot.
- Bergeret, J., Houser, M., & Praz, J. (2001). *La sexualité infantile et ses mythes*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (2010). *La violence fondamentale, L'inépuisable Œdipe*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1996). *La pathologie narcissique*. Paris, Dunod.

- Bettelheim, B. (1967). *Empty fortress*. NY: Simon and Schuster.
- Blais, M. A., & Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders, 11*(2), 168-176.
- Blais, M. A., & Malone, J. C. (2013). Structure of the DSM-IV personality disorders as revealed in clinician ratings. *Comprehensive psychiatry, 54*(4), 326-333.
- Blatt, S. J. (1990). The Rorschach: A test of perception or an evaluation of representation. *Journal of personality assessment, 55*(3-4), 394-416.
- Banchet, A., et Gotman, A.. (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. *Paris, Nathan*.
- Blanchet, A. (1994). Pragmatique et psychopathologie. *Traité de psychopathologie, 883-919*.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press.
- Bleuler, E. (1911/2012). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Epel Editions.
- Birkeland, S. F. (2013). Paranoid Personality Disorder and the schizophrenia spectrum-Where to draw the line ? : Complex Paranoid Personality case. *Personality and Mental Health, 7*(3), 254-258.
- Bohm, E. (1951). *Lehrbuch der Rorschach-Diagnostik*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Bohm, E. (1955). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach : à l'usage des psychologues, médecins et pédagogues [Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik für Psychologen, Ärzte und Pädagogen]*, par Ewald Bohm... Traduit de l'allemand par B. Reymond-Rivier... Presses universitaires de France.
- Boizou, M. F., Chabert, C., & Rausch de Traubenberg, N. (1978). Representation of self: Identity and identification on Rorschach protocols of children and adults. *Bulletin de psychologie*.
- Bottero, A. (2001). Une histoire de la dissociation schizophrénique. *L'Evolution psychiatrique, 66*(1), 43-60.
- Bottéro, A. (2011). Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. *L'information psychiatrique, 87*(3), 199-209.

- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391-403.
- Bourgeois, M. L. (2017). Chapitre I-Historique. *Que sais-je?*, 11-36.
- Bion, W. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Melanie Klein today: Developments in theory and practice*, 1, 61-78.
- Bion, W. R. (1962). *A theory of thinking*. London: Routledge.
- Bion, W. R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 28(1), 75-84.
- Bion, W. R. (1959). Attaques contre la liaison. *Réflexion faite*, 105-123.
- Bion, W. R. (1982). Attaques contre les liens. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 25, 285-298.
- Bion, W. R. (2013). Attacks on linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2), 285-300.
- Breuer, J., & Freud, S. (1956). *Études sur l'hystérie* (1895). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bricaud, M., Calvet, B., Viéban, F., Prado-Jean, A., & Clément, J. P. (2012). Étude PerCaDim: relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*, 38(4), 288-295.
- Brun, A., Camps, F. D., Verdon, B., & Vuillod, M. (2017). Pour une évaluation des dispositifs thérapeutiques psychanalytiques. *Perspectives Psy*, 56(2), 100-107.
- Camps, F. D. (2013). *Le traitement psychique de la perte dans les schizophrénies : approche psychanalytique et projective* (Doctoral dissertation, Paris 5).
- Cassiers, L., & Université catholique de Louvain (Louvain-la-Neuve). Ecole de criminologie. (1968). *Le psychopathe délinquant*. Charles Dessart.
- Cautaerts, M. (2010). Je tu (e) il. *psychanalyse et mythanalyse des perversions*, De Boeck.
- Cermolacce, M., Sass, L., & Parnas, J. (2010). What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 667-679.
- Chabert, C. (1987). La psychopathologie à travers le Rorschach. *Paris : Dunod*.

- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*, Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1986). Narcissisme au Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 33(1), 15-40.
- Chabert, C. (2012). *Le Rorschach en clinique adulte-3e éd.: Interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Chabert, C. (2012). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach-3ème édition*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris : Puf.
- Chagnon, J. Y., & De Lara, A. C. (2012). *Les pathologies de l'agir chez l'enfant : approche clinique et projective*. Dunod.
- Charbonneau G. Introduction à la psychopathologie phénoménologique. Tome II. Paris: MJW; 201
- Claridge, G. E. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford University Press.
- Collado, C. (1996). Echelle d'angoisse dans les Rorschach d'enfants : Validation. *Psychologie et psychométrie*, 17(2), 41-54.
- Coudurier, J. F. (2005). À propos du DSM. *Essaim*, (2), 21-33.
- Ciccone, A. (2015). Fondements de la position clinique face au discours social dominant. *Bulletin de psychologie*, (4), 277-284.
- Crocq, M. A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C. B., Marie-Claire, P. U. L. L., & American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques*. Elsevier Health Sciences.
- Daneluzzo, E., Stratta, P., & Rossi, A. (2005). The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 50-55.

De Michele, S., Kabuth, B., Plun, O., Le Moal, L., Laurent, M., Vandelet, E., Prudent, C., De Tyche, C. Index de contenu traumatique au Rorschach (T.C.I.) et diagnostic de l'abus sexuel chez l'enfant. *Annales Médico-Psychologiques*. (à paraître)

Dejours, C. (1995). Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 7(1), 59-79.

Demazeux, S. (2013). L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme. *L'information psychiatrique*, 89(4), 295-302.

Dör, J. (2002). Introduction à la lecture de J. Lacan *L'espace analytique*. Paris : Denoël.

Dreyfus, A., Husain, O., & Rouselle-Gay-Crosier, I. (1989). Schizophrénie simple et schizophrénie paranoïde à travers le Rorschach : Étude comparative. *Psychologie médicale*, 27(7), 831-841.

Di Piazza, L. (2013). Du perceptif au discursif : Le « Rorschach clinique » de Françoise Minkowska comme prolongement de l'oeuvre de Rorschach. *Test de Rorschach et perception : Perspectives cognitives et phénoménologiques*.

Duboz, M. M., Dürrmeier, C., & Rebourg, C. (1990). Le contenu animal au Rorschach chez l'adulte état-limite ou psychotique. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 34(1), 205-224.

Ehrenberg, A., & Lovell, A. (2005). *La maladie mentale en mutation*. Psychiatrie et société, Paris : Odile Jacob.

Ellett, L., Allen-Crooks, R., Stevens, A., Wildschut, T., & Chadwick, P. (2013). A paradigm for the study of paranoia in the general population: The Prisoner's Dilemma Game. *Cognition and emotion*, 27(1), 53-62.

Endicott, N. A. (1972). The Holtzman Inkblot Technique content measures of depression and suspiciousness. *Journal of personality assessment*, 36(5), 424-426.

Erard, R. E., Meyer, G. J., & Viglione, D. J. (2014). Setting the record straight: Comment on Gurley, Piechowski, Sheehan, and Gray (2014) on the admissibility of the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) in court. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 165-177.

- Evrard, R. (2010). Schizotypie ou névrose ? La place des expériences réputées psychotiques. *Perspectives Psy*, 49(3), 230-240.
- Evrard, R., & Rabeyron, T. (2014). Psychose pour tous : la jeunesse au risque du «syndrome de psychose atténuée»? *La psychiatrie de l'enfant*, 57(1), 331-348.
- Exner, J. E. (1969). *The Rorschach systems*. Grune & Stratton.
- Exner Jr, J. E., & Wylie, J. (1977). Some Rorschach data concerning suicide. *Journal of Personality Assessment*, 41(4), 339-348.
- Exner, J. E. (1986). Some Rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 455-471.
- Exner Jr, J. E., & Andronikof-Sanglade, A. (1992a). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 59-71.
- Exner Jr, J. E. (1992b). R in Rorschach research: A ghost revisited. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 245-251.
- Exner Jr, J. E. (1993). Wiley series in personality processes. The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundations, Vol. 1.
- Exner Jr, J. E. (2002). A new nonpatient sample for the Rorschach Comprehensive System: A progress report. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 391-404.
- Exner, J., Exner, J., Levy, A., Exner, J., Groth-Marnat, G., Wood, J. M., ... & Garb, H. N. (2008). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1: The Rorschach, basic foundations and principles of interpretation*. Wiley and Sons.
- Exner, J. E. (2013). *Issues and methods in Rorschach research*. NY: Routledge.
- Exner, J., Exner, J., Levy, A., Exner, J., Groth-Marnat, G., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2008). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1: The Rorschach, basic foundations and principles of interpretation*. Wiley and Sons.
- Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (1991). The reliability of "bizarre" delusions. *Comprehensive psychiatry*, 32(1), 59-65.

Federn, P. (1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : Presses universitaires de France.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique : Suivie de Mon corps, ce papier, ce feu et La folie, l'absence d'œuvre*. Paris : Gallimard.

Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical psychology review*, 27(4), 425-457.

Freud, S. (1915/1968). *Métapsychologie*, trad. J. Laplanche et J.B. Pontalis ; Paris : Gallimard.

Freud, S. (2015). *Abrégé de psychanalyse (1938)*. Paris : L'Herne.

Freud, S. (1987). *Métapsychologie*. Gallimard.

Freud, S. (1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)* Gallimard.

Freud S. (1911/1993). *Cinq psychanalyses* ; Paris : PUF.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme, *La Vie sexuelle*, trad. franç. J. Laplanche, Paris, Puf, 1969. *OCF. P.*

Freud, S (1911/ 1993). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : PUN.

Freud, S. (1988). L'inconscient (1915). In *Œuvres complètes* (Vol. 13, pp. 205-233). PUF Paris.

Freud, S., & Féron, B. (1985). *L'inquiétante étrangeté : et autres essais* (Vol. 85). Paris : Gallimard.

Freud, S. (2013). *Le moi et le ça*. Paris : Payot.

Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. *L'inquiétante étrangeté et autres essais, 2003*, 208-63. Paris : PUN.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir, *OCF, t. XVI*, Paris : PUF.

Freud, S. (1995). Fétichisme (1927), tr. fr. *OC XVIII, PUF*.

- Freud, S. (2016). *Le malaise dans la civilisation*. Paris : Points
- Freud, S. (1924). La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. *Névrose, psychose et perversion*, 299-303.
- Freud, S., Berman, A., & Laplanche, J. (1950). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1970). *Le clivage du moi dans le processus de défense*. Paris : Gallimard.
- Garnier, S., et de Tychev, C. (2007). La dépression prénatale, rejet de l'alliance thérapeutique chez une personnalité de structure paranoïaque. *Psychologie clinique et projective*, (1), 57-76.
- Garrabé, J. (1999). La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. *L'Évolution psychiatrique*, 64(4), 717-726.
- Garrabé, J. (1998). La paranoïa en 1911. *Schreber revisité*, Presses Universitaire de Louvain, Actes de Colloque 55-64.
- Garrabé, J. (2017). La phénoménologie de langue allemande et la psychiatrie française. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(1), 17-37.
- Genthialon, B., Vittet, D., Vermorel, H. (1999). *L'œuvre de Jean Bergeret : d'une pratique à une théorie de la clinique*. Genève : Delaschaux & Niestlé.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry* ; 65(7) : 948-58.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : les éd. de minuit.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les éditions de minuit.
- Gordon, R. M. (2017). A Concurrent Validity Study of the PDM-2 Personality Syndromes. *Current Psychology*, 1-7.

- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2017). Construct Validity of the Psychodiagnostic Chart: A Transdiagnostic Measure of Personality Organization, Personality Syndromes, Mental Functioning, and Symptomatology.
- Green, A. (1986). Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante. *La pulsion de mort*, 49-59.
- Green, A (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit.
- Green, A. (2016). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Minuit.
- Green, A. (2011). Le travail du négatif (1993). *Paris : Les Éditions de Minuit*.
- Graves, R., & Hafez, M. (2005). *Les mythes grecs*. Librairie générale française.
- Hauptgen, T., Sinzelle. J., Kraepelin, E. (1856-1926) - 2. Le Traité. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2010, 168 (9), pp.716.
- Hecker E. (1871), Die Hebefrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie, trad. fr., L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie clinique, *L'Evolution psychiatrique*, 50,2, 1985,325-355.
- Hegel, G. W. F. (1941). La phénoménologie de l'esprit (2 t.) (trad. J. Hyppolite). *Paris: Aubier-Montaigne (1re éd. 1807)*.
- Hempel C, G. *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*.(1965). The Free press : New-York
- Hochmann, J. (2015). *Histoire de la psychiatrie :« Que sais-je ?» n° 1428*. Presses universitaires de France.
- Hoenig, J. (1982). Kurt Schneider and anglophone psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 23(5), 391-400.
- Holt, R. R. (1956). Gauging primary and secondary processes in Rorschach responses. *Journal of Projective Techniques*, 20(1), 14-25.
- Holt, R. R., & Havel, J. (1960). A method for assessing primary and secondary process in the Rorschach. *Rorschach psychology*. New York: Wiley, 263-315.

- Hiller, J. B., Rosenthal, R., Bornstein, R. F., Berry, D. T., & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment, 11*(3), 278.
- Hulak, F. (2017). *La lettre et l'oeuvre dans la psychose*. Eres.
- Hulak, F. (1999). La dissociation de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *L'Évolution Psychiatrique, 65* : 19-30.
- Husain, O., Choquet, F., Lepage, M., Reeves, N., & Chabot, M. (2009). Le diagnostic de psychose et ses enjeux : apport des tests projectifs. *Psychologie clinique et projective, (1)*, 179-212.
- Husain, O., Merceron, C., & Rossel, F. (2001). Psychopathologie et polysémie : études différentielles à travers le Rorschach et le tat, Lausanne. *Éd. Payot*.
- Husain, O. (1996). Structure du fonctionnement d'un penser sans « je » : à propos du penser psychotique aux techniques projectives. *Psychologie clinique et projective, 2*(2), 219-244.
- Husain-Zubair, O. (1992). *Essai sur la convergence des techniques dans l'examen psychologique : Rorschach, TAT et Wechsler, d'adultes psychotiques à faible efficience intellectuelle*. Payot.
- Irigaray, L. (1985). *This sex which is not one*. Cornell University Press.
- Janet, P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger, 23*, 449-472.
- Jaspers, K. (1963) *General Psychopathology*. (Transl. by J. Hoenig and M. W. Hamilton). Manchester, University Press.
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (Vol. 2). JHU Press.
- Jung, C. G. (1906). *Diagnostische Assoziationsstudien*. Barth.
- Jung, C. G. (1907). Psychologie de la démence précoce. *JUNG, CG, (2001). Psychogenèse des maladies mentales. Paris : Albin Michel*.
- Jung, C. G. (1971). Personality types. *The portable Jung, 178-272*.

Kahlbaum, K. L. (1863). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen: Entwurf einer historisch-kritischen Darstellung der bisherigen Eintheilungen und Versuch zur Anbahnung einer empirisch-wissenschaftlichen Grundlage der Psychiatrie als klinischer Disciplin*. Kafemann.

Kahlbaum, K. L. (1973). *Catatonia*. Johns Hopkins University Press.

Kapsambelis, V. (2014). L'« homme psychique » de la psychanalyse est-il encore transmissible en psychiatrie?. *Revue française de psychanalyse*, 78(2), 439-452.

Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Archives of General Psychiatry*, 37(6), 699-706.

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major theories of personality disorder*, 106-140.

Kernberg, O. F. (1974). Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. *The International journal of psycho-analysis*, 55, 215.

Kernberg, O. F. (1994). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. *Handbook of personality disorders*, 92.

Kleiger, J. H., & Peebles-Kleiger, M. J. (1993). Toward a conceptual understanding of the deviant response in the Comprehensive Rorschach System. *Journal of personality assessment*, 60(1), 74-90.

Kleiger, J. H. (2013). *Disordered thinking and the Rorschach: Theory, research, and differential diagnosis*. Routledge.

Kleiger, J. H. (2017). *Rorschach assessment of psychotic phenomena: Clinical, conceptual, and empirical developments*. Taylor & Francis.

Klein, M. (2004). *Deuil et dépression* (Vol. 486). Paris : Payot.

Klein, M. (2001). Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934). *Essais de psychanalyse*, 314.

- Klein, M. (2003) *Deuil et dépression* ; trad. de l'anglais par Marguerite Derrida ; préf. de Gisèle Harrus-Révidi. Paris : Payot et Rivages,
- Klopfer, W. G., Allen, B. V., & Etter, D. (1960). Content Diversity on the Rorschach and "Range of Interests". *Journal of projective techniques*, 24(3), 290-291.
- Kivisalu, T. M., Lewey, J. H., Shaffer, T. W., & Canfield, M. L. (2016). An investigation of interrater reliability for the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) in a nonpatient US sample. *Journal of personality assessment*, 98(4), 382-390.
- Kraepelin E. (1984) Introduction à la psychiatrie clinique. Paris: Navarin.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago, IL: Chicago Medical Book Company.
- Kretschmer, E. (1918). *Paranoïa et sensibilité*. Paris, PUF, 1963.
- Lacan, J. (1980). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1981). 1955-1956. Le Séminaire. *Livre III, Les psychoses*, Paris : Le Seuil.
- Lacan, J. (2005). *Des noms-du-père*. Paris : Le Seuil.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir. *Écrits*, 94.
- Lagache, D. (1947). *La jalousie amoureuse : psychologie descriptive et psychanalyse: Les états de jalousie et le problème de la conscience morbide*. Presses universitaires de France
- Lalande, André. "Tolstoy et la philosophie de l'amour." (1893) : 648-652.
- Laplanche, J. (2007). *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien 2000-2006*. Paris : Quadrige.
- Laplanche, J. (1997). *Le primat de l'autre en psychanalyse : travaux 1967-1992*. Flammarion.
- Laplanche, J. (1970). *Vie et mort en psychanalyse ; suivi de Dérivation des entités psychanalytiques et autres articles inédits*. Flammarion.

- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation. *The International journal of psycho-analysis*, 78(5), 855.
- Lerner, P. M. (1975). The assessment of interpersonal relations by means of the Rorschach. by Lerner, PM: *Handbook of Rorschach Scales. International Universities Press, New York*, 324-357.
- Lerner, P., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. *Borderline phenomena and the Rorschach test*, 257-274.
- Lerner, H. D., Sugarman, A., & Gaughran, J. A. N. E. (1981). Borderline and schizophrenic patients. A comparative study of defensive structure. *The Journal of nervous and mental disease*, 169(11), 705-711.
- Lerner, P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Analytic Press Inc.
- Lerner, H., Albert, C., & Walsh, M. (1987). The Rorschach assessment of borderline defenses: A concurrent validity study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 334-348.
- Lepoutre, T. (2014). Déconstruire Kraepelin : considérations historiques sur la nosologie kraepelinienne. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(2), 239-260.
- Lepoutre, T. (2017). À propos des Lettres entre Freud et Bleuler. *Essaim*, (1), 59-72.
- Lepoutre, T. (2017). La psychiatrie néo-kraepelinienne à l'épreuve de l'histoire. Nouvelles considérations sur la nosologie kraepelinienne. *L'Évolution Psychiatrique*.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94.
- Louët, E. et Azoulay, C. (2016). *Schizophrénie et paranoïa. Étude psychanalytique en Clinique projective*. Paris : Dunod.
- Low, B. (1920). A revived sensation-memory. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 1, 271.
- Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., & Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. *American Psychologist*, 40(7), 857.

Maâlej, M., Mahmoud, S. B., Fki, H., Zouari, L., Rakam, A., Zouari, N., & Damak, J. (2006, July). Approche épidémiologique du trouble délirant, à propos de 66 cas. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 5, pp. 388-394). Paris : Elsevier Masson.

Madeira, M., Lepoutre, T., & Vanier, A. (2016). (De) negation in the Clinic of Psychoses: Between Schizophrenia and Paranoia. *Research in Psychoanalysis*, (2), 167-179.

Maleval, J. C. (2013). *Logique du délire*. Paris : Masson.

Maury, C., Abbal, T., & Moro, M. R. (2016, May). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 174, No. 4, pp. 266-273). Paris : Elsevier Masson.

Mattlar, C. E. (2011). The issue of an evolutionary development of the Rorschach Comprehensive System (RCS) versus a revolutionary change (R-PAS).

Martin, S. A. (2007). Between Kraepelin and Freud: the integrative psychiatry of August Hoch. *History of psychiatry*, 18(3), 275-299.

Martínez-Formoso, S., Portillo-Díez, J., Ramos-Ríos, R., Alonso-San Gregorio, J., Pérez-Pérez, J., & Páramo-Fernández, M. (2010). P03-91-Descriptive study of consecutive admissions of patients with delusional disorder. *European Psychiatry*, 25, 1213.

Marty, P. (1976) *Les mouvements individuels de vie et de mort : essai d'économie psychosomatique*. Payot : Paris.

Menninger, K., Rapaport, D., & Schafer, R. (1947). The new role of psychological testing in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 103(4), 473-476.

Merceron, C., & Rossel, F. (1996). Processus de pensée : entre perversion et psychose. *Psychologie clinique et projective*, 2(2), 205-218.

Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D., Exner Jr, J. E., Fowler, J. C., Piers, C. C., & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of personality assessment*, 78(2), 219-274.

Meyer, G. J., Viglione, D. J., & Mihura, J. L. (2016). Psychometric Foundations Of The Rorschach Performance Assessment System® (R-PAS®). *The Rorschach in Multimethod Forensic Assessment: Conceptual Foundations and Practical Applications*, 23.

Meynert T, Psychiatrie. (1884) *Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung* [Psychiatrie. Clinique des maladies du cerveau antérieur basé sur sa structure, ses fonctions et sa nutrition]. Vienne: Braumüller.

Michel, F. (1992). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.

Mihura, J. L., & Meyer, G. J. (2015). *Rorschach Inkblot Test*. John Wiley & Sons, Inc..

Mihura, J. L., & Meyer, G. J. (Eds.). (2017). *Using the Rorschach Performance Assessment System(R-PAS)*. Washington: Guilford Publications.

Mihura, J. L., Meyer, G. J., Bombel, G., & Dumitrascu, N. (2015). Standards, accuracy, and questions of bias in Rorschach meta-analyses: Reply to Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, and Duke (2015).

Minkowska, F. (1956). *Le Rorschach : À la recherche du monde des formes*. Paris : Editions L'Harmattan. 2003.

Minkowski, E. (1923). Étude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 20(10), 543-60.

Minkowski, E. (1927). La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes.

Mireille, M. (1966). J. Kraus. Clinical Utility of Rorschach Anxiety signs. Usage clinique des signes d'angoisse dans le Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 19(1), 144-145.

Monroe, J. M., Diener, M. J., Fowler, J. C., Sexton, J. E., & Hilsenroth, M. J. (2013). Criterion validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy (MOA) scale: A meta-analytic review. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 535.

Mullins-Sweatt, S. N., Bernstein, D. P., & Widiger, T. A. (2012). Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: An expert consensus approach. *Journal of personality disorders, 26*(5), 689-703.

Muñoz-Negro, J. E., Ibanez-Casas, I., de Portugal, E., Ochoa, S., Dolz, M., Haro, J. M., ... & Cervilla, J. A. (2015). A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia research, 169*(1), 248-254.

Muñoz-Negro, J. E., Lozano, V., Ibanez-Casas, I., De la Cruz, B. G., Soler, A., Alcalá, J. A., ... & Cervilla, J. A. (2017). Negative symptoms across psychotic spectrum disorders. *The European Journal of Psychiatry, 31*(1), 37-41.

Munro, A. (1999). *Delusional disorder: Paranoia and related illnesses*. Cambridge : University Press.

Cassou-Noguès, P. (2015). *Les Démons de Gödel. Logique et folie: Logique et folie*. Paris : Le Seuil.

O'Dwyer, A. M., & Marks, I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *The British Journal of Psychiatry, 176*(3), 281-284.

Osson, D. (1970). *Les confusions traumatiques, analyse phénoméno-structurale par rorschach et les épreuves graphiques* (Doctoral dissertation).

Palem, R. M. (1969). *Le Rorschach des schizophrènes*. Paris : Editions universitaires.

Paolini, E., Moretti, P., & Compton, M. T. (2016). Delusions in first-episode psychosis: Principal component analysis of twelve types of delusions and demographic and clinical correlates of resulting domains. *Psychiatry research, 243*, 5-13.

Pedinielli, J. L., Delahousse, J., Mille, C., & Bertagne, P. (1987). La recherche clinique et ses incertitudes. *Psychologie médicale, 19*(1), 53-56.

Pedinielli, J. L. (2011). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.

Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (1998/2003). L'entretien de recherche. *L'entretien en clinique*, Paris : Impress Éditions.

Pedinielli, J. L., & Gimenez, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*. Armand Colin.

- Petot, J. M. (1982). *Mélanie Klein: le moi et le bon objet: 1932-1960*. Paris : Dunod.
- Perse, J., & Massuyeau, Y. (1984). Existe-t-il des signes pathognomoniques de schizophrénie dans le test de Rorschach? *Revue de Psychologie Appliquée*.
- Portugal de, E., González, N., Del Amo, V., Haro, J. M., Díaz-Caneja, C. M., del Castillo, J. D. D. L., & Cervilla, J. A. (2013). Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Comprehensive psychiatry*, 54(3), 243-255.
- Piotrowski, C., & Keller, J. W. (1992). Psychological testing in applied settings: A literature review from 1982-1992. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 6(2), 74-82.
- Piotrowski, C. (2015). Projective techniques usage worldwide: A review of applied settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 9.
- Prudent, C., Evrard, R., Claude, N., Laurent, M., & De Tychev, C. (2016). DSM-5, trouble de la personnalité schizotypique et nosographie psychanalytique structurale française. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(1), 176-190.
- Prudent, C., Evrard, R., & de Tychev, C. (2017a). La classification de la paranoïa dans la psychiatrie américaine contemporaine : une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(1), 191-216.
- Prudent, C., Evrard, R., Laurent, M., Rodriguez, C., & de Tychev, C. (2017b). Mutualité de l'autonomie et représentations de relation d'objet au Rorschach. *Psychothérapies*, 37(3), 161-169.
- Force, P. T. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM): A New Approach to Diagnosis in Psychotherapy*.
- Racamier, P. C. (2010). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Dunod.
- Racamier, P. C. (1992). *Le génie des origines : psychanalyse et psychoses* (p. 420). Paris : Payot.
- Rapaport, D. (1942). Principles underlying projective techniques. *Journal of Personality*, 10(3), 213-219.

- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1945). Diagnostic psychological testing, Vol. 1.
- Rapaport, D., & Schafer, R. (1945). The Rorschach test: a clinical evaluation. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1946). Diagnostic psychological testing: The theory, statistical evaluation, and diagnostic application of a battery of tests: Volume II.
- Rapaport, D. (1952). Projective techniques and the theory of thinking. *Journal of Projective Techniques*, 16(3), 269-275.
- Rapaport, D., Schafer, R., Gill, M. M., & Holt, R. R. (1968). *Diagnostic psychological testing*. Intl Universities Pr Inc.
- Rausch de Traubenberg, N. (1961). Réflexions à propos de l'utilisation du Rorschach dans la recherche. *Bulletin du Groupement français du Rorschach*, 12(1), 29-31.
- Rausch de Traubenberg, N., & Boizou, M. F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris, Dunod.
- Rausch de Traubenberg Nina, R. (1991). Primitive mental states and the Rorschach, Howard Lerner & Paul Lerner, éditeurs. New-York. International Universities Press, 1988. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 35(1), 135-136.
- Rausch De Traubenberg, (1990). *La pratique du Rorschach* (Vol. 42). Paris : Presses universitaires de France.
- Rausch De Traubenberg, N., Sanglade, A. (1984) - Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach. Grille de représentation de soi. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34, (N°1), 41-57.
- Rausch De Traubenberg, N. (1990). Élaboration de la grille de représentation de soi au Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 34(1), 17-26.
- Rausch De Traubenberg, N. R., & Boizou, M. F. (1976). Les mécanismes de défense et leur expression Rorschach chez l'adulte et chez l'enfant. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 29(1), 5-21.

Ravit, M., Dublineau, M., Brolles, L., & Roman, P. (2013). Le cadre institutionnel de passation des épreuves projectives : enjeux cliniques et psychopathologiques. *Bulletin de psychologie*, (3), 237-248.

Rosenfeld, H. (1949). Remarks on the relation of male homosexuality to paranoia, paranoid anxiety and narcissism. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 36.

Rebourg-Roesler, C. (2005). *Du visible au lisible : essai d'application sémiotique et linguistique sur le texte-Rorschach dans une perspective diagnostique différentielle* (Doctoral dissertation, Nancy 2).

Rebourg-Roesler, C. (2005). Quand le mot devient acte au Rorschach : procédés rhétoriques chez des patients présentant une organisation perverse de la personnalité. *Bulletin de psychologie*, (6), 671-683.

Rebourg, C., de Tychev, C., & Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 35(1), 45-66.

Rebourg-Roesler, C. (2003). Analyse des troubles des processus de pensée au test de Rorschach avant et après la décompensation schizophrénique : Diagnostics et pronostics. *Psychologie clinique et projective*, 9, 227-253.

Rebourg-Roesler, C. (2007). Stylistique au Rorschach et chez Virginia Woolf. *Psychologie clinique et projective*, (1), 77-91.

Revaz Olivier, Rossel Frieda, « Dissociation “hystérique“ et scission schizophrénique : Une contribution des techniques projectives », *Psychologie clinique et projective*, 2007/1 (n° 13), p. 93-122. DOI : 10.3917/pcp.013.0093.

Richard, F. (2004). Trois variations. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (2), 87-99.

Richelle J. [Dir] (2009). *Manuel du test de Rorschach : approche formelle et psychodynamique*. De Boeck Supérieur.

- Roman, P. (1991) Le détail blanc dans le test de Rorschach et l'expression projective des ruptures précoces du Moi. Contribution à une interprétation psychodynamique (thèse de doctorat, soutenue à l'université de Lyon, à Lyon, France)
- Roman, P. (1996). Blanc au Rorschach et psychopathologie du Moi-peau. *European review of applied psychology*, 46(2), 139-143.
- Roman, P. (2000). Clinique du clivage en méthode projective. Violence et perte à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 6(1), 187-217.
- Roman, P. (2004). La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. *Psychologie clinique et projective*, (1), 113-146.
- Roman, P. (2007). Figures du négatif et « expérience » créatrice. In *Cliniques de la création* (pp. 117-140). De Boeck Supérieur.
- Roman, P. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent. Approche psychanalytique : Repères théoriques, méthodologie, illustrations cliniques*. Dunod.
- Roman, P. (2017). Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, (4), 265-273.
- Rogers, C. R. (1945). The nondirective method as a technique for social research. *American journal of sociology*, 50(4), 279-283.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik : Methodik und ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (deutenlassen von zufallsformen)* (Vol. 2). E. Bircher.
- Rorschach, H. (1950). *Psychodiagnostics : Plates*. H. HUBER.
- Rosenberg, B. (2015). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rossel, F., & Merceron, C. (1990). Contribution à l'analyse du phénomène kinesthésique. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 34(1), 185-203.

- Rossel, F., & Merceron, C. (1994). Usages et formes de l'hypothétique. Un aspect du discours dans les tests projectifs. *Bulletin de psychologie*, 47(416), 450-456.
- Rossel, F., Husain, O., & Merceron, C. (2005). Les phénomènes particuliers au Rorschach. Paris : Hogefre.
- Rousselle, I., Husain, O., & Dreyfus, A. (1990). Les prudents et les méfiants. Diversité de la paranoïa au Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 43(396), 716-719.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses universitaires de France.
- Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., ... & Talpin, J. M. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Paris : Masson.
- Sagnes, L., & de Tychev, C. (1989). Angoisse de morcellement par peur de la pénétration anale et paranoïa: approche psychodynamique sur un cas à l'aide du test de Rorschach. *Psychologie médicale*, 21(1), 91-95.
- Sagnes, L., & de Tychev, C. (1987). « Violence fondamentale » et schizophrénie: contribution du test de Rorschach en passation «classique» et «psychanalytique. *Psychologie médicale*, 19(13), 2453-2455.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie française*.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2003). Can trait measures diagnose personality disorders?. *Current opinion in Psychiatry*, 16(1), 83-88.
- Schafer, R. (1953). Content analysis in the Rorschach test. *Journal of projective techniques*, 17(3), 335-339.
- Schafer, R. (1954). Some applications of contemporary psychoanalytic theory to projective testing. *Journal of projective techniques*, 18(4), 441-447.
- Schafer, R. (1955). Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. *Journal of Consulting Psychology*, 19(2), 155.

- Schafer, R. (1956). Transference in the patient's reaction to the tester. *Journal of projective techniques*, 20(1), 26-32.
- Schafer, R. (1958). On the psychoanalytic study of retest results. *Journal of projective techniques*, 22(1), 102-109.
- Schafer, R. (1960). Bodies in schizophrenic Rorschach responses. *Journal of projective techniques*, 24(3), 267-281.
- Schafer, R. (1967). *Projective testing and psychoanalysis: selected papers*. Intl Universities Pr Inc.
- Schafer, R. (1953). Content analysis in the Rorschach test. *Journal of projective techniques*, 17(3), 335-339.
- Schafer, R. (1949). Psychological tests in clinical research. *Journal of consulting psychology*, 13(5), 328.
- Schafer, R. (2006). My life in testing. *Journal of personality assessment*, 86(3), 235-241.
- Schneider, K. (1974). Primary and secondary symptoms in schizophrenia. *Themes and variations in European psychiatry*, 40-46.
- Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy—an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 32(1), 1-18.
- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and related subjects: Selected papers*. International Universities Press, Inc.
- Searles, H., Fédida, P., & Bost, B. (1965/1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Gallimard.
- Searles, H. (1982). Différenciation entre pensée concrète et pensée métaphorique chez le schizophrène en voie de guérison. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 25, 331-354.
- Serretti, A., Lattuada, E., Cusin, C., Gasperini, M., & Smeraldi, E. (1999). Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression. *Comprehensive psychiatry*, 40(5), 358-362.

Sérieux, P., & Capgras, J. (1910). Le délire d'interprétation et la folie systématisée. *L'année psychologique*, 17(1), 251-269.

Shinn, A. K., Heckers, S., & Öngür, D. (2013). The special treatment of first rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 146(1), 17-21.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., ... & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders*, 25(2), 136-169.

Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 8, 317-344.

Snell, L. D. C. (1865). Über Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 21, 368-381.

Stuart, J., Western, D., Lohr, N., Benjamin, J., Becker, S., Vorus, N., & Silk, K. (1990). Object relations in borderlines, depressives, and normals: An examination of human responses on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 296-318.

Stärke A.(1935) *Die Rolle der analen und oralen Quantitäten im Verfolgungswahn und in analogen Systemgedanken.*Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse;21(1):5–22.

Sugarman, A. L. A. N. (1980). The borderline personality organization as manifested on psychological tests. *Borderline phenomena and the Rorschach test*, 39-57.

Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 991-999.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Van Os, J. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.

Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry research*, 216(3), 303-313.

- Thiesen, J. W. (1952). A pattern analysis of structural characteristics of the Rorschach Test in schizophrenia. *Journal of consulting psychology, 16*(5), 365.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders, 27*(6), 795-805.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of personality disorders, 26*(6), 919-926.
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de linguistique française, 13*(1992), 76-107.
- Tychev de, C. (1982). Les mécanismes de défense au Rorschach chez les "États Limites". *Psychologie médicale, 14*(12), 1865-1874.
- Tychev de, C. – Lighezzolo ,J. (1983) :A propos de la dépression "limite" contribution du test de Rorschach en passation "classique" et "psychanalytique", *Psychologie Française, 28-2*, pp. 141-155
- Tychev de, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie, 53*, 469-480.
- Tychev de, C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach : point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique*. Ed. EAP.
- Tychev de, C. (2012a). *Le Rorschach en clinique de la dépression adulte : 17 cas cliniques*. Paris : Dunod.
- Tychev de, C., Huckel, C., Rivat, M., & Claudon, P. (2012b). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie, (5)*, 453-466.
- Tychev de, C. (2010). Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine. *Psychologie clinique et projective, (1)*, 177-207.
- Tychev de, C. (2014). Utilité de la grille de représentation de soi dans une perspective de diagnostic différentiel. *Psychologie clinique et projective, (1)*, 131-137.

- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of personality assessment*, 41(1), 3-9.
- Urist, J., & Shill, M. (1982). Validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy Scale: A replication using excerpted responses. *Journal of Personality Assessment*, 46(5), 450-454.
- Os, J. V., Read, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Vadnais, M. F. (2011). *L'évaluation de la structure névrotique à partir du Thematic Apperception Test (TAT): étude de cas clinique* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Vincent, K. R., & Harman, M. J. (1991). The Exner Rorschach: an analysis of its clinical validity. *Journal of clinical psychology*, 47(4), 596-599.
- Von Krafft-Ebing, R. (1888). *Lehrbuch der Psychiatrie: auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende* (Vol. 1). Ferdinand Enke.
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage* (1934). Paris: La Dispute, 446-447.
- Weiner, I. B. (1986). Conceptual and empirical perspectives on the Rorschach assessment of psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 472-479.
- Williams, MC N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. NY: Guilford Press.
- Williams, MC, N. (2013). Psychoanalysis and research: Some reflections and opinions. *The Psychoanalytic Review*, 100(6), 919-945.
- Widakowich, C., Van Wettère, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique: aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* ; 171,5, pp. 300-305 : Elsevier Masson.

- Widlocher, D. (1986). *Métapsychologie du sens*. Presses universitaires de France.
- Widlöcher, D., & Hardy-Bayle, M. C. (1990). L'entretien psychanalytique. *Psychologie française*, 35(3), 175-183.
- Widlöcher, D. (1999). La méthode du cas unique. *Monographies de psychopathologie*, 1, 191-200.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Psychology Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1(1-2), 103-107.
- Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013).
- Wood, J. M., Teresa, M., Garb, H. N., & Lilienfeld, S. O. (2001). Problems with the norms of the Comprehensive System for the Rorschach: Methodological and conceptual considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 397-402.