

**Eprouvé et Sentiment de solitude**  
**dans la psychopathologie**  
**dite "Etat-limite"**

Hugues SCHARBACH

Collection Psychopathologie

Edition ALEIKHO

S<sup>o</sup>T

1959A

655740

NC

DL-0311988-5688

# Eprouvé et Sentiment de solitude

## dans la psychopathologie

dite "Etat-limite"

61

Hugues / SCHARBACH

Association pour la Promotion  
de l'Édition Médicale  
1988

738938

8°T

19594

DL-09111988-26986

Epreuve et Sentiment de solitude

dans la psychopathologie

dite "Etat-limite"

HUGUES SCHABACH



Association pour la Promotion  
de l'Édition Médicale  
1988

108438

8° T  
1988

## PRÉAMBULE

Parfois abruptement, au décours d'une phase existentielle difficile, suscitant un premier entretien, plus souvent lorsque le transfert a pris une certaine densité, des sujets, qu'une observation longitudinale nous a amené à reconnaître comme des états limites, nous ont exprimé un sentiment de solitude ressenti de façon plus ou moins tolérable, en fonction du contexte, du déterminisme conjoncturel. Le vécu, au niveau duquel il s'inscrit, est tantôt manifestement à tonalité dépressive, laquelle peut s'intensifier en acmé à potentialité suicidaire, mais, d'une façon générale, se marque plus spécifiquement par la morosité, l'insatisfaction, un désintérêt diffus que par la culpabilité ou la douleur morale, tantôt mordancé par une hyperesthésie, une sensibilité mais n'empruntant de la dimension persécutive qu'une impression de préjudice, d'incomplétude, tantôt obéré par une impression de défaut en soi, du Soi et notamment du Soi corporel se formulant sur un mode hypocondriaque ou dysmorphique, tantôt enfin aménagé par un mode pervers, addictif caractériel ou psychopathique. Quel que soit le *modus vivendi*, qui peut aller de la marginalité organisée à l'apparente intégration sociale, ces sujets frappent par leur adaptabilité superficielle, par leur style relationnel mais aussi par leur réactivité traumatique et la facilité du passage à l'acte lors de tension ou d'émergences émotionnelles.

Cette présentation existentialiste, si elle a le mérite de donner un aperçu de la manière d'être au monde de ces sujets, ne peut prétendre situer pleinement ce concept état-limite dont nous préciserons ultérieurement les contours cliniques, la valeur opérationnelle, l'évolutivité propre, qui paraissent encore insuffisamment affirmés à nombre d'auteurs.

Cette entité morbide, bien qu'esquissée dès 1884 par un anglo-saxon, n'a jamais trouvé une place bien définie dans la nosographie psychiatrique. La tendance originaire, qui va longtemps en hypothéquer le dégagement, est marquée par le souci de labelliser les formes de schizophrénies marginales appelées latentes par E. BLEULER ou encore dénommées incipiens, ambulatoires, pseudo-névrotiques...

Cette position, au plus près des psychoses, va entraîner pendant longtemps des incertitudes quant au diagnostic. La pré-schizophrénie de P. MALE et de A. GREEN reste marquée de la même ambiguïté.

De fait, le regain actuel de ces états-limites leur vient moins des références phénoménologiques que de l'apport métapsychologique.

Les recherches ont été stimulées par l'extension des observations longitudinales, des prises en charge en profondeur et par la nécessité, signalée par STERN, de discerner, chez certains sujets, les contre-indications à une cure type.

La compréhension de ces patients ne peut être réalisée qu'à l'aide de modèles psychopathologiques permettant d'en apprécier les aspects psychodynamiques, économiques et structuraux, en prenant en compte ceux psychogéniques et épigéniques.

Elle doit permettre d'aménager les psychothérapies et d'en renforcer l'efficacité.

Cette présentation existentielle et elle a le mérite de donner à l'apport de la pensée d'être au service de ces sujets, ne peut prétendre à un placement en concept théorique dont nous préférons attendre les contenus cliniques, la valeur épistémologique l'évolution proposée par les patients nous permettant d'aller à l'essentiel d'un autre.

Cette entité morbide, bien qu'évoquée dès 1884 par un anglo-saxon, n'a jamais trouvée une place bien définie dans la nomenclature psychiatrique. La tendance originelle qui va jusqu'à en psychiatrie la désigner, est marquée par le souci de l'abélien, les formes de schizophrénie, les manifestations appelées telles par H. HELLER ou encore dénommées incipientes, ambivalentes, pseudo-évolutives.

Cette position, au plus près des psychoses, va évoluer pendant longtemps des incertitudes dont on dispose. La pré-évolution de F. MALE et de A. GREEN reste marquée de la même ambivalence.

De fait, le regard actuel de ces états-limites leur vient moins des récentes phénoménologies que de l'apport métapsychologique.

## 1 - INTRODUCTION

Le problème de la solitude intéresse tout le champ de la psychopathologie, mais les aspects qualitatifs et les connotations en sont très différents et variés.

KUNTZ opposait en 1950, l'esseulement du délirant paranoïaque à la solitude du schizophrène, qui s'esseule dans le commencement de sa vie seulement, mais d'une telle façon que l'esseulement, pour ainsi dire, croît en lui comme le mode d'être d'un nouveau monde altéré, qui lui est devenu adéquat. Ce n'est pas un esseulement privatif mais un élément constituant et défini de son propre monde qui est solitude radicale en soi-même.

Le sentiment de solitude, dans sa dimension morbide, implique une prise de conscience affective pénible. Il nous a paru si fréquemment exprimé comme désagrément intolérable lors de l'écoute de sujets que l'observation longitudinale nous amenait à reconnaître comme des états-limites, que nous avons estimé que cette disposition affective était prévalente dans le vécu de ces sujets. Notre recherche visera à l'articulation, aux plans psychodynamique et structural, à des perturbations particulières de la relation d'objet, des fonctions du Moi comme des mécanismes de défense répondant à des failles spécifiques dans l'organisation de la personnalité. Il apparaît avec l'angoisse, la dépressivité, la morosité, l'anhédonisme, l'agressivité crûment exprimée et/ou la violence, les conduites de rupture et/ou addictives comme un des traits spécifiques fondamentaux.



## 2 – POSITION DU PROBLÈME ET LIMITES DE L'ÉTUDE

### 2.1. – PRÉALABLES

La difficulté à poser le problème s'avère double dans la mesure où elle nécessite la définition du sentiment de solitude irrégulièrement pris en compte dans la pratique psychiatrique et n'ayant fait, à notre connaissance, l'objet que de courts développements dans la littérature spécialisée.

Par ailleurs, les états-limites **au niveau desquels nous identifierons le sentiment/éprouvé de solitude** rassemblent un jeu d'attributs cliniques qui ne trouvent pas leur signification dans le seul cadre de la psychiatrie, où la tendance serait d'en faire un diagnostic en marge soit des névroses dites graves, soit des psychoses en fonction d'arguments évolutifs ou plutôt d'incertitudes à cet égard : des formes morbides qui pourraient évoluer vers une schizophrénie ou une mélancolie.

Cette notion d'état, assimilable épistémologiquement à une marche *-aux frontières de-* ou à une suspension nécessitant une attente de la clarification, n'a trouvé une validité et des modèles opérationnels que grâce aux apports successifs de psychanalystes, et en France notamment, ceux de J. BERGERET, lequel situe sa préoccupation de permanente et double interrogation des faits, ressortissant de la pratique quotidienne dans *Clinique, Théories et Techniques : Les interprétations du Psychanalyste*, Puf, (1987).

D. WIDLOCHER, dont on connaît les travaux en ce domaine, expose dans *Métapsychologie du sens* (1987) une réflexion sur les rapports entre la clinique et la théorie psychanalytique, lesquels sont particulièrement étroits, voire paradigmatiques, dans le registre psychopathologique évoqué.

C'est dire qu'il nous faudra étayer rigoureusement les descriptions cliniques présentées et les considérations métapsychologiques qui seront développées.

Une évidence cependant soutiendra notre effort. L'accroissement actuel évident de ces formes morbides, notamment en fonction, semble-t-il de facteurs socio-culturels, qui légitimerait, s'il en était besoin, cette recherche.

## 2.2. — RAPPEL

H. EY a pu écrire dans son Introduction au Traité de Psychiatrie :

*"L'intérêt pour les névroses a été une réaction contre la psychiatrie mécaniste du XIXe siècle qui exigeait une causalité physique aux psychoses. La névrose par cette réaction va phagociter la psychose."*

La contribution des psychanalystes à la psychiatrie, permettant l'étude structurale du Moi des malades, n'a pas amené une névrotisation de la psychiatrie, dénoncée par certains auteurs dans les années 1950.

Bien plus, l'amélioration des techniques de psychothérapie en profondeur, l'augmentation de leur durée, ont conduit à mettre en évidence de plus en souvent une zone psychotique chez des sujets que l'approche clinique reconnaissait comme névrotiques.

L'approfondissement des investigations jusqu'aux stades prégénitaux a permis de reconnaître les failles précoces, primitives, ayant suscité une malposition de la situation œdipienne et de rendre compte d'un transit défectueux de cette phase de conflictualisation structurante.

L'approche dynamique, topique et économique de distorsions de la personnalité a permis de reconnaître, chez de mêmes individus, des modes de fonctionnement mental perturbé, de registres différents, intervenant parfois en alternance, permettant l'aménagement de secteurs adaptatifs, et une appréhension de la réalité compatible avec une vie sociale et des performances professionnelles convenables, encore que la perception objective puisse être, dans certaines circonstances, télescopée par un mode de perception fantasmatique ou magique et que des conduites de ruptures puissent représenter le seul recours par rapport à des émergences anxieuses intolérables ou à des risques d'évolution dépressive.

Nous avons déjà ébauché là certains traits significatifs qui se retrouvent chez les sujets états-limites.

Le cadre clinique des organisations caractérielles et plus particulièrement des caractères psychotiques offre de nombreux points de similarité avec celui que nous considérons ici.

Ainsi J-L. LANG (137) écrit :

*"Ces traits de caractère peuvent ne s'accompagner d'aucun symptôme de la série psychotique ; ce sont alors les bizarreries de comportement et surtout les échecs d'adaptation familiale*



*et sociale qui peuvent amener le sujet à consulter et le praticien à soulever un tel diagnostic : celui de caractéropathie grave fixée, dont le type le plus courant est la caractérophilie paranoïaque. Parfois, cependant, cette organisation caractérielle se révélera par un éclat : délit absurde, crise passionnelle.*

*On décrit ainsi des psychoses asymptomatiques dites ambulatoires, ou plus récemment des "psychoses blanches" (A. GREEN)...*

*C'est ainsi que l'on a pu interpréter, chez eux, les états psychotiques, soit comme des organisations défensives contre un processus dissociatif, fixées, avec tentatives d'externalisation des conflits, soit au contraire comme aboutissement d'un processus structurel qui n'aurait pu dépasser un niveau d'organisation très archaïque et figé (moi faible, absence de mécanismes de défense efficaces), soit enfin comme une organisation originale dont l'évolution se ferait vers un déséquilibre psychopathique."*

### **2.3. — LA RENCONTRE ET L'ÉCOUTE DU PATIENT "LIMITE"**

Elles ont eu lieu dans le cadre d'une pratique de psychiatrie polyvalente. Le travail vise à rendre compte de nos constatations, de notre expérience à cet égard, en nous centrant, par ailleurs, sur ce qui nous est apparu fréquemment, significativement exprimé par ces patients, à mi-chemin, entre une plainte et une disposition, le sentiment ou le ressenti de solitude.

Les entretiens se sont donc déroulés :

- en consultation tout-venant à l'hôpital ou au dispensaire, parfois au chevet de patients en situation critique, admis aux urgences tant pour des manifestations aiguës anxieuses ou dépressives, des conduites de rupture, d'addiction ou encore des désordres comportementaux, souvent de type auto-agressif.
- Dans le cadre d'entretiens préluant à une psychothérapie d'inspiration analytique en face à face, ou dans le cadre de celle-ci, permettant une observation longitudinale. J. Bergeret se situe dans une pratique psychanalytique.
- Dans le contexte d'expertises administratives ou médico-légales, la demande étant parfois par le juge en fonction de l'aspect original du prévenu.

Nous n'avons pas utilisé d'entretiens semi-structurés ou directifs comme ceux qu'ont proposés O. KERNBERG et R. GUNDERSON dans le double but de mieux repérer les écarts ou les contradictions liés à la prégnance d'états affectifs par ailleurs différents d'une part, et pour éviter au thérapeute d'être débordé par ses mouvements affectifs, par ses contre-attitudes, susceptibles de gêner une juste évaluation des troubles d'autre part.

Nous avons, par contre, élaboré une échelle d'évaluation du sentiment ou du ressenti de solitude destinée à mieux objectiver cette disposition au sein d'une symptomatologie souvent polymorphe et contingente d'une part et, d'autre part, à aider à repérer ce type d'organisation de personnalité.

Celle-ci est présentée en annexe.

Nous nous sommes aussi intéressé aux constatations et attitudes des psychiatres dans leur pratique tout-venant en ce qui concerne les patients "limite".

Lors d'une enquête épidémiologique, que nous avons réalisée lors de l'élaboration de notre rapport au congrès de psychiatrie de langue française (1983), les contre-attitudes des psychiatres à l'égard des patients limites paraissaient plutôt négatives, du fait de la difficulté manifestée par ceux-ci à respecter les règles de l'entretien, du caractère décousu de leur discours, de leurs digressions, de possibilités de contradictions, voire d'incongruités émaillant leurs propos, de leurs attitudes *phatiques* ou moroses, voire mornes, parfois de provocation affective et émotionnelle, ou encore de leurs demandes assez inadéquates.

#### 2.4. — REPÉRAGE ET DÉLIMITATION DU SENTIMENT DE SOLITUDE SUR LE VERSANT EXISTENTIEL

D'emblée, nous voudrions affirmer la spécificité de cet état affectif élaboré comportant des éléments cognitifs, impliquant un éprouvé pénible, un ressenti d'abandon. Il peut connoter des séquences existentielles plus ou moins longues dans l'histoire d'un individu. Il se différencie du sentiment d'incomplétude minutieusement décrit par JANET (1903) ou d'un état de dépersonnalisation, ou encore d'une simple modalité *d'être-soi* selon AMIEL.

Il se distingue aussi de l'ennui qui, s'il peut survenir dans un même contexte ouvrant à une dimension d'existence, ne couvre pas tous les registres où le sentiment de solitude peut se rencontrer, entraînant des variations affectives beaucoup plus diverses et profondes.

Par ailleurs, l'ennui est connoté par la passivité et par une note dépressive de la thymie, une anxiété qui n'existe pas nécessairement dans le sentiment de solitude, lequel peut être compatible avec une activité ou une création ou bien participer à l'intentionnalité d'un retrait morbide.

Si l'*ennui* exprime certes un vide, il préserve aussi la possibilité d'une temporalisation. S'ennuyer, c'est établir un rapport faussé entre le temps vécu dirigé vers l'avenir et le temps solaire, mais aussi un assujettissement à l'écoulement de ce dernier ; c'est impliquer une absorption par le monde de la corporalité : ses sensations et ses automatismes. Mais il y a toujours attente d'une modification déterminée de cette situation.

Le sentiment de solitude se différencie nettement du repli douloureux du mélancolique, de la négligence confusionnelle, de l'indifférence démentielle, de toutes les *façons d'être* impliquant un retrait, des distorsions portant la marque du refoulement de la réalité psychotique et, en particulier, de la coupure, de l'*isolement autistique*.

L'*autisme*, incapacité des malades, selon BINSWANGER, de supporter la puissance écrasante du monde extérieur et de résister malgré tout à ce monde pour sauver leur Soi, implique l'abandon au temps.

L'autiste se tient immobile, ne s'occupe pas du temps qui passe, ne s'ennuie jamais, non pas parce que son existence est comblée mais parce qu'il n'a plus de possibilités existentielles. Il est asservi à la puissance supérieure du monde extérieur, asservissement qui l'incite à éviter le contact avec le monde. La métamorphose du Soi de l'autiste fait que celui-ci n'est plus qu'un simple objet attirant l'attention et l'observation d'autrui, n'a plus de Soi impliquant un mode d'être au monde, suscitant le bon contact avec autrui.

Le sujet *état-limite* possède des *possibilités hétérogènes de temporalisation*. Ses *conduites de rupture* témoignent de ses difficultés à tolérer le monde de la corporalité. Mais quand il essaie de s'en dégager, de l'abstraire, il ressent une angoisse existentielle de perte qui suscite un mouvement de retour à plus ou moins court terme. En fonction des oscillations dans son contact avec autrui, allant d'un attachement sécurisant à un repli protecteur contre une intrusion fantasmatique, contre la frustration des investissements affectifs différents prévalant sur ceux de la sexualité, le sujet *état-limite* aboutira soit à un cursus existentiel *patchwork* dont il aura peine à reconstituer toutes les séquences, soit à un cursus *rétréci*, défensif.

## 2.5. — NIVEAU PSYCHOSOCIOLOGIQUE

Dimension socio-culturelle : si l'on veut bien admettre que l'être humain peut être considéré comme un système d'interactions ouvert à diverses influences en se référant à WOODBURY, le *sentiment de solitude* semble résulter d'une difficulté dans la structuration des liens sociaux et dans leur intégration au contexte culturel, en même temps que dans la modulation des échanges au plan affectivo-émotionnel, mais aussi, d'une difficulté dans la reconnaissance des territorialités et dans la définition des limites du jeu identificatoire. Les lignes de force qui le sous-tendent paraissent se répartir entre deux pôles qui pourraient être désignés comme apragmatisme relationnel pour l'un et assumption narcissique plus ou moins consentie pour l'autre.



### 3 — OUTILLAGE CONCEPTUEL

Dans le contexte d'entretiens, portant en filigrane l'alliance thérapeutique, l'approche clinique, au long d'une observation longitudinale, tire profit de la connaissance des modalités existentielles du sujet, des contenus de son vécu, de l'élucidation de leur sens, comme du dégagement des motivations de perturbations comportementales ou somatiques contribuant à la compréhension de l'organisation structurale de la personnalité, des mécanismes spécifiques, de la dynamique, des traits pathologiques et de leur place dans l'économie libidinale.

Nous aurons à situer et à expliciter les éprouvés et sentiments de solitude.

#### 3.1. — PRÉALABLES : ASPECTS PHÉNOMÉNOLOGIQUES

L'originalité de l'organisation mentale sera approchée au plus près dans une articulation des aperçus psychogénétiques aux épisodes événementiels, aux émois pointés dans l'histoire du sujet, où pourra être reconnue l'incidence de certaines étapes de l'évolution maturative ainsi que d'autres particularités de l'environnement. Le rôle pathogène de distorsions manifestes ou implicites dans les interrelations familiales sera également objectivé.

*La façon d'être au monde du sujet*, la qualité de ses échanges avec les autres, la tonalité de l'état affectif afférent à son éprouvé seront investigués dans la mesure où s'y impliquent la problématique de l'identité du sujet et de ses limites, la qualité de son estime de Soi, la force et la cohésion de son Moi, ses mécanismes de défense.

L'articulation entre un élément de *conscience engagée* au sens de MERLEAU PONTY : le sentiment de solitude et les modèles opératoires métapsychologiques peut, à première vue, apparaître difficile, puisque intéressant des registres et des réflexions théoriques différents.



### 3.2. — JUSTIFICATION DU CADRE THEORIQUE FREUDIEN COMME OUTIL D'ANALYSE ET DU RECOURS A DES REFERENCES PHENOMENOLOGIQUES

Mais la démarche freudienne n'a-t-elle pas consisté en un incessant chassé-croisé entre l'élaboration théorique et le fait clinique, en sorte que la *métapsychologie* psychanalytique, qui constituera notre référentiel doctrinal, reste un ensemble conceptuel ouvert.

FREUD utilise pour la première fois le mot *métapsychologie* dans sa lettre du 13 février 1896 adressée à FLIESS (lettre N°4).

Dans *Métapsychologie* (1915), il envisage sous cette terminologie une contribution à la théorie de la psychologie et du fonctionnement mental.

Cet ensemble de doctrines théoriques de la psychanalyse qu'est la métapsychologie présente, dans la conception qu'en ont les post-freudiens, quelques variantes mais tous se rejoignent sur les aspects fondamentaux.

E et J. KESTEMBERG (125) y voient plutôt un corps d'hypothèses provisoires dans le cadre du développement de la théorie psychanalytique, lui accordant la signification d'une méthode hypothético-déductive semblable à celle fondant la médecine expérimentale.

S. LEBOVICI et M. SOULE, dans leur article *le nécessaire recours à la métapsychologie* (140) contestent quelque peu ce sens restrictif et considèrent avec FREUD l'ensemble métapsychologique comme contribution originale de la psychanalyse à la compréhension du fonctionnement du psychisme humain.

C'est dans une perspective de psychologie psychanalytique que nous recourrons aux concepts opératoires d'une métapsychologie un peu élargie, en sorte qu'ils nous aident à rendre compte des données cliniques et des aspects techniques du travail psychothérapique mis en œuvre dans la plupart des observations présentées.

Nous rejoindrons, dans l'approche d'adolescents et de sujets adultes, Anna FREUD qui, pour l'évaluation clinique de chaque cas, préconise dans son ouvrage *Le normal et le pathologique chez l'enfant* (71) l'établissement d'un *profil métapsychologique* consistant à faire le bilan de l'organisation du fonctionnement psychique, des rapports des différentes instances, de l'intégration du narcissisme, etc...

L'approche dynamique, la prise en considération du point de vue économique, l'analyse structurale de la personnalité impliqueront le recours aux concepts de pulsions et de désirs, de défenses et de conflits, à l'analyse du jeu des instances, ainsi que de la cohérence et de la force du

Moi en tant qu'instance intégrative et coordinatrice, fonctionnant selon le principe de réalité.

### 3.3. — LE CONCEPT D'ÉTAT LIMITE

#### 3.3.1. — GÉNÉRALITÉS

Avant d'en préciser les divers aspects, nous indiquerons rapidement les repérages clinique et dynamique de ces états-limites (E.L.) encore sujets à variation dans les approches, tant dans le registre des troubles affectifs où ils occupent une large place, que dans celui des troubles noétiques, aux portes des schizophrénies.

Sur ce versant noétique sont à ranger de brefs épisodes aigus psychotiques, dénommés encore mini-psychoses, mini-split ou mini-discordance. Dans un contexte d'anxiété déréalisante peuvent aussi s'observer de discrets troubles de la pensée.

Sur ce versant dysthymique, il faut mettre l'accent sur le risque dépressif, sur la dépressivité qui peuvent donner lieu à des épisodes où la dépression de type anaclitique s'exprime moins par la tristesse ou la douleur morale que par la morosité, par la perte du plaisir (anhédonie) par une altération de l'agir dans un contexte d'incapacité et d'impuissance sans remords ni indignité.

L'anxiété nous paraît constante, même en dehors des expressions cliniques franchement pathologiques. Elle est alors diffuse, pouvant prendre des formes participant de positions de dépendance avec *sentiments intolérables de solitude* et/ou de vide ou d'intrusion (sujets porc épique de M. SCHMIDBERG).

Des acmés d'angoisse déstructurantes peuvent se manifester parfois au décours d'une frustration, de tensions psychologiques, d'isolement, en rapport avec une vulnérabilité émotionnelle, avec une vulnérabilité traumatique. Des ébauches de sentiments persécutifs viennent donner la mesure d'une identité peu assurée.

Des passages à l'acte comportementaux, plus souvent auto-agressifs qu'hétéro-agressifs, peuvent parfois sembler se substituer à une expression franchement dépressive.

Le retentissement instinctuel et relationnel de ces personnalités dysharmoniques est irrégulier, aléatoire, variable. Il a de possibles traductions au niveau oral avec le couple anorexie-boulimie ou encore au niveau de conduites d'alcoolisation, toxicomaniaques, de promiscuité.

L'existence de possibles somatisations est à souligner.

Dans certains cas, la dépression domine durablement le tableau clinique, avec désinsertion socio-professionnelle, incapacité totale à la solitude. Le relatif échec des anti-dépresseurs dans ces formes dysthymiques graves à contenu cognitif important est responsable de longues hospitalisations.

Les thérapies, difficiles à mener, **elles doivent être inductives**, font émerger des vécus traumatiques de l'enfance, tels que l'excès de stimulation ait dépassé les capacités d'intégration mentale d'un sujet en état d'impréparation, saisi à une étape trop précoce de son évolution maturative.

**L'homme aux Loups** est intéressant à cet égard.

Il déclara, au début des années 80, à M. GARDINER, qu'il n'aurait pas atteint 80 ans s'il n'avait été analysé et ce, au total cinq fois : deux fois par FREUD, deux fois par MAC BRUNSWICK et une fois par cette dernière analyste.

Or nombre d'auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître qu'il s'agissait d'un état limite.

R. JACCARD note, à son propos :

*"Sergeï PETROV décide, en accord avec son père, de poursuivre ses études de droit à St Petersburg. Il y passera quelques mois, souffrant de la solitude et d'un grand vide intérieur... Sa dépression finit par l'emporter sur son désir d'étudier."*

J. LACAN<sup>1</sup> donne un point de vue qui nous paraît bien illustrer les difficultés dans les analyses de ces patients :

*"De même, après le rêve de l'homme aux loups, nous assistons au premier commencement de l'analyse, qui permet de dissocier à l'intérieur du sujet une personnalité si singulièrement composite qu'elle marque l'originalité du style du cas. Comme vous le savez, les problèmes pendants de cette analyse seront si graves que, dans la suite, elle pourra dégénérer dans la psychose. Comme je vous l'ai indiqué, on peut se poser la question de savoir si celle-ci n'a pas été liée aux manœuvres mêmes de l'analyse."*

---

1 Livre II, page 308

Cette référence met en exergue l'opportunité d'individualiser ces formes morbides, ne serait-ce qu'en ce qui concerne les indications du champ analytique qui, dans de tels cas, doivent être aménagées en sorte que l'analyste ne se cantonne pas à une neutralité bienveillante.

### 3.4. — CONCEPT SOLITUDE

#### 3.4.1. — DÉFINITIONS

L'usage semble donner la préférence au terme sentiment par rapport à ceux d'éprouvé ou de ressenti.

Il nous paraît maintenant opportun de proposer une énonciation. BIEDER, dans son analyse du *Sentiment d'appartenance et solitude en rapport avec la décompensation nerveuse au combat*, écrit :

*"La solitude résulte d'un isolement émotionnel, social ou spirituel (perte de la foi ou des valeurs) : c'est un état réactionnel impliquant un déficit et s'opposant au sentiment d'appartenance qui repose sur la sécurité de l'identité, sur la confiance aux objets internes et externes, qui alimente les racines de la personnalité."*

Nous pouvons, à partir de cette définition, pointer d'ores et déjà les trois éléments sur lesquels s'appuiera notre démonstration : (in) sécurité de l'identité, mode de relation objectale, organisation de la personnalité et mise en œuvre des mécanismes de défense compatibles avec un *sentiment d'appartenance* tel que des relations chaleureuses, empathiques, de réciprocité puissent s'instaurer.

Le sentiment de solitude, nous paraît traduire le désarroi d'un sujet dans son éprouvé d'être au monde en ce qu'aucun objet, humain ou non humain, ne vient saturer une incomplétude puisque ne pouvant atteindre la même valence que la mère primitive, d'autant qu'il garde une nostalgie prégnante de la relation fusionnelle instaurée au sein de la dyade.

Nous serons amené à évoquer, dans notre démarche compréhensive, ce que le sentiment de solitude implique de reduplications d'émois, liés par exemple à la scène primitive et à souligner que la relation privilégiée à la mère avec ce qu'elle implique d'aménagement des absences, la relation triangulaire avec dépassement du sentiment d'exclusion, ont représenté des schèmes princeps relationnels.



### **Eprouvé et Sentiment de solitude dans la psychopathologie dite "Etat-limite"**

Les conditions de dégagement du concept état-limite sont précisées, ainsi que celles de possibilités, dans le champ de la psychiatrie. L'apport de la pratique psychanalytique est déterminant et un rappel historique est propos e.

Le recours à la métapsychologie freudienne est donc fondamental comme outil d'analyse bien que, dans la présentation et dans la discussion des onze observations cliniques étant la partie théorique, des références phénoménologiques soient intriquées.

Le sentiment de solitude est défini dans ses différents aspects, notamment affectif et relationnel. Il paraît régulièrement exprim e à l'écoute de sujets  tats-limites dans le cadre de psychothérapies, dans l'expérience personnelle de l'auteur comme dans celle d'auteurs de référence de langue romane ou anglo-saxone.

La discussion se fonde notamment sur des hypothèses psychodynamiques et structurelles.

La déficience narcissique primaire, l'hésitation identificatoire, la défaillance de l'imaginaire oblitérant les capacités d'élaboration et de médiation, l'intervention de mécanismes de défense primitifs, notamment du clivage sont soulignées.

Ce clivage, portant sur le Moi et l'objet, coûteux en dépense énergétique, permet d'éviter l'émergence d'angoisses archaïques, de la souffrance dépressive et de mises en forme de tensions conflictuelles   soubassement pr eg enital qui ne pourraient se résoudre qu'au niveau d'une action impulsive à type de décharge comportementale caractérielle ou addictive.

La solitude mal tolérée exerce aussi une fonction de protection et de mise à distance des pulsions, affects et représentations.

Ses rapports avec la violence fondamentale sont  voqu es.

Le Docteur Hugues SCHARBACH est Neuro-psychiatre, Docteur en psychologie, Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service de Pédopsychiatrie au CHR de Nantes. Expert près les Tribunaux.

#### **Du même auteur :** Référence sur le thème.

Les  tats-limites. *Ann. Med. Psychol.*, 1978, 136, 1, 69-87.

Psychose blanche et nosologie. *Ann. Med. Psychol.*, 1979, 137, 3-4, 266-271.

La dimension existentielle chez les sujets  tats-limites. *Actual. Psychiat.*, 1980, 1, 9-12.

Les  tats-limites. *Psychol. Méd.*, 1981, 13, 13, p. 2161-2176.

Approche psychopathologique de certaines conduites de rupture. *Ann. Med. Psychol.*, 1979, 137, 8, p.830-835.

Les  tats limites. Approche compréhensive chez l'adulte et chez l'enfant. *Rapport de psychiatrie 1983, Ed. Masson 238 p.*

#### **Autres ouvrages :**

Auto mutilations et auto offenses. PUF. *Collection Nodules*, 1986, 127 p.

Les arts graphiques et la folie. C.L.E. 1987, 131 p.

**Association pour la promotion de l'édition Médicale  
8, quai Tourville - 44000 NANTES**

BIBLIOTHEQUE NATIONALE DE FRANCE



3 7502 0095261 2



Participant d'une démarche de transmission de fictions ou de savoirs rendus difficiles d'accès par le temps, cette édition numérique redonne vie à une œuvre existant jusqu'alors uniquement sur un support imprimé, conformément à la loi n° 2012-287 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relative à l'exploitation des Livres Indisponibles du XX<sup>e</sup> siècle.

Cette édition numérique a été réalisée à partir d'un support physique parfois ancien conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal. Elle peut donc reproduire, au-delà du texte lui-même, des éléments propres à l'exemplaire qui a servi à la numérisation.

Cette édition numérique a été fabriquée par la société FeniXX au format PDF.

La couverture reproduit celle du livre original conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal.

\*

La société FeniXX diffuse cette édition numérique en vertu d'une licence confiée par la Sofia – Société Française des Intérêts des Auteurs de l'Écrit – dans le cadre de la loi n° 2012-287 du 1<sup>er</sup> mars 2012.

Avec le soutien du

