

## Le narcissisme primaire, une construction psychotique ?

Vincent Di Rocco

Volume 16, Number 2, Fall 2007

Les hauts lieux et non-lieux du rêve II

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/016924ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/016924ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Di Rocco, V. (2007). Le narcissisme primaire, une construction psychotique ? *Filigrane*, 16(2), 97–108. <https://doi.org/10.7202/016924ar>

Article abstract

Le concept psychanalytique de narcissisme primaire est aujourd'hui très contesté en tant que stade libidinal précoce marqué par une absence de relation d'objet. Les développements de la théorisation des processus de représentation et les recherches actuelles concernant la réflexivité et l'intersubjectivité permettent de redonner une place à ce concept dans sa clinique d'origine, celle des psychoses de l'adulte. Dans cette perspective, le narcissisme primaire correspond à une position particulière de la psyché où, face à un traumatisme subjectif majeur, la trace de la rencontre avec l'objet est effacée de la subjectivité. Dans cette optique, la dimension anobjectale est le produit d'une construction psychique défensive où le sujet prend la place de l'objet. Lors du traitement psychanalytique des psychoses, il est alors possible de considérer les premiers mouvements projectifs dépersonnalisants pour le thérapeute comme le premier temps du re-déploiement transférentiel de cette problématique de l'effacement de l'objet.

# Le narcissisme primaire, une construction psychotique ?

vincent di rocco

Le concept psychanalytique de narcissisme primaire est aujourd'hui très contesté en tant que stade libidinal précoce marqué par une absence de relation d'objet. Les développements de la théorisation des processus de représentation et les recherches actuelles concernant la réflexivité et l'intersubjectivité permettent de redonner une place à ce concept dans sa clinique d'origine, celle des psychoses de l'adulte. Dans cette perspective, le narcissisme primaire correspond à une position particulière de la psyché où, face à un traumatisme subjectif majeur, la trace de la rencontre avec l'objet est effacée de la subjectivité. Dans cette optique, la dimension anobjectale est le produit d'une construction psychique défensive où le sujet prend la place de l'objet. Lors du traitement psychanalytique des psychoses, il est alors possible de considérer les premiers mouvements projectifs dépersonnalisants pour le thérapeute comme le premier temps du re-déploiement transférentiel de cette problématique de l'effacement de l'objet.

La clinique psychanalytique des psychoses constitue toujours une mise à l'épreuve pour les thérapeutes comme pour leurs modèles théoriques. La psychose, avec son cortège de symptômes spectaculaires que sont le délire ou l'hallucination, peut facilement exercer une fascination qui aiguillonne la réflexion du clinicien. Interpréter un délire comme un rêve a longtemps été une tentation pour les psychanalystes à la recherche d'une nouvelle « voie royale » pénétrant les mystères de l'inconscient. Des travaux actuels, comme ceux de Guy Gimenez (2000) sur la « Clinique de l'hallucination psychotique » continuent d'ailleurs l'exploration de cette voie en mettant l'accent sur le travail de transformation que produit l'hallucination à partir de contenus psychiques « impensés ».

Mais pour établir la situation psychothérapique permettant le travail élaboratif, il faut se confronter à d'autres aspects du fonctionnement psychique du sujet aux prises avec un état psychotique. Il faut « établir le contact », créer les conditions d'une « rencontre clinique ». La mise en place d'une relation transférentielle est souvent extrêmement problématique. En jetant le trouble dans l'ordonnement du monde représentatif, les états psychotiques poussent non seulement à un travail de théorisation sur l'émergence et le développement des processus de symbolisation pour les rendre saisissable, mais aussi à une théorisation du désarroi dans lequel ils plongent la pensée. Une pensée où la place d'autrui n'est plus assurée. C'est plus particulièrement sur cet aspect, cette place mal assurée, que je souhaite attirer l'attention.

En effet, dans mon expérience clinique de psychothérapeute attaché à un service de psychiatrie pour adultes, l'établissement d'une relation thérapeutique reste un enjeu majeur et incertain. La place du thérapeute n'est jamais assurée, ses

propos, ou même simplement sa présence, peuvent rapidement être perçus comme intrusifs, menaçants pour le patient, suscitant un rejet brisant tout lien. Ou bien, à l'inverse, cette présence et ces propos sont sans aucun effet, sans aucune prise, le rejet n'est même plus nécessaire, le lien semble même impossible à tisser. Ces modalités de contact particulières ne manquent pas de susciter un vécu particulier, que je pourrais décrire comme une sensation de trouble dans l'écoute du patient, ou plus précisément dans la rencontre avec le patient. Pour moi, ce désarroi mêle un sentiment d'impuissance rageuse à l'impression d'une intelligibilité possible qui se dérobe sans cesse. Aux désordres présentés par le patient, répond le désordre interne du clinicien. Ce dernier ne repose pas sur la suspension d'un savoir préalable nécessaire à l'établissement des conditions d'une écoute des productions psychiques du patient. Il s'agit bien d'un désordre interne, désorganisant la pensée, rendant difficile, par exemple, la prise de notes après l'entretien, mettant en doute la possibilité même de communiquer, d'échanger.

Ce désarroi est d'autant plus troublant que les premiers entretiens peuvent être fort riches, donnant le sentiment que la problématique est d'emblée là sans pour autant être accessible. C'est sans doute cette dynamique des premiers entretiens qui a entretenu l'idée illusoire et fascinante d'un « inconscient à ciel ouvert » s'exprimant dans les problématiques psychotiques. Mais ces contenus recueillis « en surface » restent assez peu utilisables, déposés sans retour possible dans un dispositif de soin rapidement menacé de s'organiser, aux yeux du patient, comme une « machine à influencer » dès qu'il est investi. Ces contenus de premier plan masquent mal une problématique, plus profonde, des contenants de pensée et du rapport à son propre monde représentatif, qui est plus longue à déployer.

Mon interrogation a donc pris forme autour du travail psychique imposé par ce désarroi et le risque de rupture prématurée du processus thérapeutique qu'il contient. Dans ce contexte, le premier mouvement est de partir à la recherche d'une théorie qui supprimerait ce désarroi, ou du moins qui permettrait de l'éviter en l'explicitant. Une théorie « fétiche » en quelque sorte, une théorie qui viendrait suturer le clivage entre ce qui du clinicien reconnaît le manque, l'impuissance, et ce qui se refuse à le reconnaître, comme le relève A. Ciccone (1998) dans son livre sur l'observation clinique. La théorie qui s'est imposée, en fait, est une théorie du désordre et de l'impuissance. Une théorie qui permette de construire le désarroi en indice intersubjectif et qui lui donne un statut subjectif. Cette incapacitation peut alors devenir l'indice du contact avec ce que M. Balint (1967) nommait une « zone » du psychisme porteuse d'une problématique particulière désorganisant la « représentance psychique ». Un désarroi qui devient nommable, subjectivable, porteur d'une problématique liée à un trouble majeur de la représentation. Les théories psychanalytiques de la psychose deviennent alors des théories du désarroi subjectif qui vont à la rencontre des théories spontanées bâties par les patients à propos de leur propre désarroi.

Ce désarroi rend compte d'une problématique spécifique, d'une position psychique particulière que je propose de nommer « position narcissique de la

psyché». Elle correspond à une dynamique psychique où la place de l'objet est indécidable, introuvable, témoignant de l'effacement des traces des relations avec les objets primaires. Avant d'aller plus loin dans le développement de la théorisation qui m'a conduit à proposer cette formulation, je présenterai un exemple clinique permettant de mieux situer cette problématique.

Le fragment d'un rêve, dont un de mes patients m'a fait le récit, illustre ce processus d'effacement. Emétério est un jeune homme souffrant de schizophrénie qui, après plusieurs épisodes aigus, investi une psychothérapie en face à face. Il se sent pris en permanence dans une profonde solitude et éprouve un sentiment particulier et précis, le sentiment de ne pas exister. Les débuts de la psychothérapie sont tumultueux. La moindre de mes interventions suscite des mouvements rageurs où il m'attribue l'origine de ses angoisses, alors que mes silences témoignent pour lui de mon impuissance à l'aider ou de mon désintérêt à son égard, me faisant vivre ainsi une position impossible à tenir. Le ton est donné d'emblé, tout lien est l'objet d'une attaque, tout mouvement est l'objet d'un retournement. Mais plus que d'une « attaque contre les liens », c'est la place de l'objet qui est en question, sa « survivance » correspondant à la dynamique du « trouvé-crée » développée par R. Roussillon (1991), à la suite des travaux de D. W. Winnicott. L'élaboration de l'affect de rage profondément désorganisateur actualisé dans la relation psychothérapique permet un apaisement progressif des échanges. Emétério peut alors évoquer sa décompensation, les angoisses qui l'envahissaient quand il était étudiant, l'impression que ses parents se dégradaient en son absence, qu'ils s'amaisgrissaient, victimes d'une maladie cachée. Il avait le sentiment de ne plus exister pour eux, qu'ils allaient s'effacer progressivement. C'est à ce moment qu'il me fait le récit d'un rêve. Alors qu'il est assis dans la salle d'attente d'un photographe, il croise des personnages aux yeux bridés qui viennent de se faire opérer des yeux, intrigué, il se lève et se regarde dans une glace. Il découvre, il voit, qu'il n'a plus d'yeux. L'un est complètement effacé, de l'autre il ne reste que les cils. Emétério relève le paradoxe : il voit qu'il n'a plus d'yeux. Il cherche à fuir, dévale des escaliers. Il est alors attiré par une sorte d'aquarium ; en s'approchant il se rend compte qu'il est au fond de la mer et qu'il regarde les poissons qui passent devant lui à travers l'œil d'une baleine. Dans ce travail représentatif aux interprétations multiples, c'est l'effacement de sa trace sur l'objet qu'Emétério met en scène, un regard qui ne le voit pas. Ce qu'il voit de lui c'est son effet sur l'objet. Il semble aux prises avec la représentation d'un objet primaire sans réceptivité et donc sans réflexivité, un objet silencieux et aveugle à son égard, un objet dans une position ambiguë, à la fois absent et présent. Faute de se voir dans les yeux de l'objet, il cherche à voir avec les yeux de l'objet. Son sentiment de ne pas exister peut être mis en question : Ne pas exister pour qui ? Ne pas se sentir exister pour l'objet ?

Ce rêve me permet d'aborder un des éléments qui constitue le désarroi présent dans la rencontre avec un patient aux prises avec un état psychotique et qui peut être considéré comme une problématique transférentielle particulière. J'utilise ces termes pour souligner que c'est le transfert lui-même qui est en question, son

établissement, et qu'il ne s'agit pas d'une « forme » transférentielle établie. Pour aborder cette problématique, j'ai besoin de faire un détour par un concept psychanalytique aujourd'hui contesté, le concept de narcissisme primaire.

Le narcissisme primaire est un concept devenu de plus en plus problématique au sein de la théorisation psychanalytique, un retour sur son contexte d'émergence tentera de lui redonner une pertinence et une dynamique. Ce concept, issu de l'approche psychanalytique des psychoses de l'adulte, a été théorisé en tant que stade précoce du développement infantile. C'est cette dimension génétique du concept de narcissisme primaire qui est l'objet des remises en questions les plus vigoureuses. Mais la pertinence, dans la clinique des psychoses de l'adulte, d'un questionnement sur l'organisation narcissique reste entière. La radicalité des mouvements de désinvestissement du monde objectal ou l'expression infatuée des productions psychiques soulignent toujours un mode de rapport à soi et aux autres qui témoigne d'une formation narcissique spécifique. Les développements de la théorisation de la représentance psychique et les recherches actuelles concernant la réflexivité et l'intersubjectivité peuvent me permettre de contribuer à redonner une place au concept de narcissisme primaire dans sa clinique d'origine, celle des psychoses de l'adulte.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les débats que nourrissent S. Freud et K. Abraham, à travers leurs articles et leur correspondance, nous permettent de suivre le développement des travaux des premiers psychanalystes dans leur confrontation aux problématiques psychotiques. À cette période, S. Freud se consacrait à l'étude des écrits du président Schreber à la recherche d'une problématique libidinale et d'un mécanisme de défense spécifiques à la paranoïa en croisant homosexualité et projection. K. Abraham se confrontait alors directement au traitement psychanalytique des psychoses dans le cadre de la clinique du Burgholzi dirigée par E. Bleuler.

En 1908, K. Abraham théorise l'échec qu'il rencontre dans ses premières tentatives de psychanalyse de patients souffrant de psychose à l'aide du concept d'auto-érotisme que S. Freud avait développé quelques années auparavant dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (Freud, 1905). Selon K. Abraham (1908), il ne peut pas y avoir de transfert dans la psychose, car la psychose, la « démence précoce », détruit la capacité de transfert. Le malade « retourne à l'auto-érotisme » et les symptômes qu'il produit ne sont qu'une « forme d'activité sexuelle auto-érotique ». Le sujet souffrant de psychose est ainsi perçu comme régressant à un fonctionnement auto-érotique infantile entravant la relation d'objet et barrant la route à la perception de la réalité extérieure. La psychose est alors une psychopathologie de l'auto-érotisme. Cette approche va marquer son époque et influencer les théoriciens de la psychose, E. Bleuler (1911) utilisera le terme d'auto-érotisme, en le contractant en « autisme », pour nommer un des syndromes constitutifs de la schizophrénie qu'il opposera à la notion de démence précoce, mais c'est essentiellement S. Freud qui va reprendre et développer les réflexions de K. Abraham.

S. Freud (1911), au fil de ses réflexions sur les écrits du président Schreber, adopte le point de vue de K. Abraham, mais préfère qualifier le type de rapport à

soi qui caractérise la psychose de « narcissique » en référence au mythe de Narcisse, laissant le terme « d'auto-érotisme » au domaine des pulsions partielles sans référence à une image du corps unifiée. La théorie du narcissisme devient rapidement la pierre angulaire de la compréhension des problématiques psychotiques, puis du développement précoce de l'enfant et du fonctionnement du moi. La notion de narcissisme s'inscrit dans la métapsychologie freudienne selon deux grands axes. D'une part, dans une conception économique de la théorie libidinale, le narcissisme représente un des pôles de la balance de l'investissement énergétique, l'investissement libidinal du moi. L'autre pôle étant bien sûr l'investissement de l'objet, la psychose représentant alors un conflit majeur entre ces deux pôles. D'autre part, le narcissisme est un élément essentiel d'une représentation structurale du moi. L'investissement libidinal de l'image de soi est nécessairement un moment fondateur du moi. C'est cette dimension structurale qui amène à décliner la notion de narcissisme dans deux registres : un narcissisme primaire qui est l'investissement premier et exclusif de la libido sur le moi, et un narcissisme secondaire consistant en un retour de la libido destinée aux objets vers le moi.

En fait, c'est donc la théorisation de l'échec des premières tentatives de traitement psychanalytique des psychoses qui conduit à donner une place particulière au mythe de Narcisse et à l'investissement de l'image de soi dans l'économie libidinale des psychoses. C'est la théorisation de l'investissement libidinal exclusif du moi caractérisant les états psychotiques qui incite S. Freud, dans un premier temps, à nommer les états psychotiques les « névroses narcissiques ». Les « névroses narcissiques » s'opposent aux « névroses de transfert » soulignant ainsi l'impact négatif du narcissisme primaire sur la possibilité d'initier un mouvement transférentiel « tempéré » utilisable par le thérapeute. La notion de narcissisme a permis la saisie d'un des traits saillants de la clinique des psychoses de l'adulte : la grande difficulté relationnelle qui remet en question la possibilité même d'établir une relation transférentielle, telle qu'elle est conçue dans les névroses, et qui rend peu partageable les productions et les perceptions des patients. Mais le narcissisme primaire, théorisé par S. Freud et ses contemporains, repose sur un pessimisme thérapeutique, il semble enfermer le sujet souffrant de psychose derrière un mur qui barre l'accès à un traitement psychanalytique authentique fondé sur la dynamique transféro-contre-transférentielle. C'est ce qui justifie, pour S. Freud (1911), l'utilisation clinique d'un texte rédigé par une personne souffrant de psychose, comme celui des « Mémoires du président Schreber », en tant que substitut à une rencontre personnelle, car il n'y a pas de rencontre réelle. Selon lui, ces personnes « ne disent que ce qu'elles veulent dire », même en présence d'un tiers, elles ne parlent qu'à elles-mêmes.

Dans les coordonnées du narcissisme primaire, le statut de l'objet est problématique. Ce stade psychogénétique hypothétique vers lequel régresserait le patient psychotique est défini par S. Freud comme « anobjectal », sans notion d'objet, l'investissement libidinal du moi étant exclusif. D'où deux positions possibles dans le rapport à l'objet, présentes dans les différents écrits de S. Freud : soit le moi

ignore l'objet, soit il est confondu avec lui, sans limites différenciatrices, c'est le « sentiment océanique » théorisé par S. Freud (1929) sous l'influence des travaux de P. Federn (1928) sur les limites du moi. Cette dimension anobjectale est le sujet de vives remises en question. Les psychanalystes d'enfants ont été les premiers à défendre l'hypothèse de l'existence de relations d'objet précoces. M. Klein (1934) définit deux positions psychiques essentielles qui vont organiser ses développements théoriques en se basant sur la dynamique précoce des relations d'objet. D. W. Winnicott (1952) bâtit une théorie du développement de l'enfant prenant en compte les échanges entre l'enfant et son environnement. Dans un autre domaine, M. Balint (1952), qui se consacrait à l'analyse de patients adultes rebelles aux pratiques psychanalytiques « classiques », théorisait lui aussi l'existence d'un « amour primaire », un investissement libidinal précoce de l'objet primaire.

La notion de narcissisme primaire est donc liée, dans la théorie freudienne, à une conception anobjectale des premiers temps de la vie, un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. C'est-à-dire un stade libidinal infantile anobjectal, l'objet étant inexistant pour l'enfant ou inclus dans son monde interne. L'anobjectalité qui découle de la théorisation du narcissisme primaire devient progressivement fort improbable au fil des travaux relatant une pratique clinique directe étoffée auprès d'enfants ou d'adultes souffrant de psychose. L'anobjectalité renvoie à une dynamique de découverte progressive d'autrui après une première étape où le sujet est, soit complètement coupé de l'autre, soit entièrement confondu avec lui. Cette logique linéaire ne correspond pas aux résultats des travaux en lien direct avec des nourrissons. Si le nourrisson explore effectivement progressivement son environnement, il n'en est pas moins d'emblée dans une relation intersubjective avec les personnes qui l'entourent. L'investissement de soi, aussi exclusif soit-il, se fait dans une relation avec un objet qui n'est peut-être pas représenté subjectivement en tant que tel, mais qui est recherché et sollicité activement. Les travaux de D. W. Winnicott (1971) sur le rôle miroir de la mère et de la famille en sont une illustration. Ce que voit l'enfant en regardant sa mère, c'est lui-même, écrit-il en 1971, à la condition que le visage de celle-ci exprime la relation directe avec ce qu'elle voit. La problématique qu'exprime Emétério est directement en écho avec cette dynamique, que voit l'enfant dans un regard qui ne le voit pas ?

De nos jours, le développement des travaux sur l'intersubjectivité et les interactions précoces rend cette notion de narcissisme primaire encore plus problématique. Les travaux de C. Trevarthen (2001) sur l'intersubjectivité « innée » soulignent l'existence d'échanges précoces entre le bébé et l'objet primaire conditionnant l'ensemble de son développement. Il en est de même avec les travaux de D. Stern (1985) sur les interactions précoces démontrant la richesse des échanges au sein du monde interpersonnel du nourrisson et soulignant la recherche active de contact avec l'environnement par le nourrisson.

La théorie freudienne du narcissisme primaire est comme infiltrée par son objet, elle occulte la place de l'objet dans le développement du narcissisme infantile, comme elle occulte le rôle de l'objet dans le déploiement des mouvements

transférentiels au sein des problématiques psychotiques. Le narcissisme primaire devient une notion paradoxale qui doit être pensée au sein d'une relation intersubjective qui le facilite.

Pourtant l'exercice de la psychanalyse auprès de sujet aux prises avec des états psychotiques de la psyché confronte à ce que l'on peut appeler une expérience d'anobjectalité. Les nombreux travaux consacrés au transfert psychotique révèlent cette problématique sous différentes formes.

Les cliniciens qui ont osé se confronter au « mur du narcissisme », qui entoure la subjectivité des sujets aux prises avec des états psychotiques, ont découvert malgré tout des modalités transférentielles spécifiques aux problématiques psychotiques qui vont permettre une reprise de la notion de narcissisme primaire et une ouverture au processus thérapeutique. Le terme de « psychose de transfert » est dû à P. Federn, puis H. A. Rosenfeld et H. Searles en ont entrepris la théorisation sans recourir à la notion de narcissisme primaire. Le premier s'appuie directement sur les conceptions issues de la psychanalyse d'enfants développée par M. Klein. Le second s'étaye largement sur ses éprouvés contre-transférentiels et sur des conceptions issues des théories de la communication. Ces auteurs ont remarqué que, à la différence du transfert névrotique, le transfert psychotique est un ensemble composite à la fois positif et négatif.

L'approche de H. A. Rosenfeld (1965) repose sur une méthode d'interprétation qui vise essentiellement les angoisses archaïques projetées par le patient afin d'élaborer le transfert négatif et d'établir la situation analytique. Il souligne que, dans son expérience clinique, les relations d'objet psychotiques sont des « relations d'objet narcissiques omnipotentes ». Ce type de relation est biface. D'une part, l'objet est le contenant dans lequel le patient tout puissant projette les parties de lui-même qu'il rejette. D'autre part, le psychotique peut s'identifier à l'objet dans un mouvement introjectif au point de ressentir qu'il est l'objet. La « relation d'objet narcissique omnipotente » bouscule la reconnaissance de la séparation de soi et d'autrui, la mise en place des premiers mouvements transférentiels est portée par un type de relation d'objet qui paradoxalement bouscule la différenciation entre sujet et objet en la rendant indécidable.

H. Searles (1963), dans une optique différente, va définir des modalités transférentielles toutes aussi complexes débouchant sur une « symbiose thérapeutique » permettant l'élaboration de communications traumatiques primaires. La première de ces modalités apparaît dès les premiers temps du travail psychothérapique, c'est un type de relation dans laquelle le thérapeute ne se sent pas en relation avec le patient. Il a le sentiment que son patient ne le considère pas comme humain et vivant. Cette relation est donc une « non-relation », le seul contact possible est un « non-contact ». Pour H. Searles, le transfert psychotique témoigne des traumatismes liés aux types de communications établies avec l'environnement. Ce qui se transfère intersubjectivement est une absence de contact intersubjectif.

Bien qu'ayant des « théories de la psychose » différentes, échec de la dialectique entre Position schizo-paranoïde et Position dépressive pour l'un et



communication traumatique précoce pour l'autre, H. A. Rosenfeld et H. Searles décrivent un premier mouvement transférentiel reposant sur une logique semblable, une préforme transférentielle d'allure paradoxale ; le thérapeute est investi à condition qu'il soit ignoré ou indifférencié. Nous retrouvons cette même dynamique décrite chez d'autres auteurs, comme chez J. Bleger (1967) qui, à la même époque, décrit une modalité de relation archaïque qu'il qualifie de « syncrétique », un mode de relation par dépôt, par agglomérat, propice à la formation de noyaux agglutinés ouvrant un espace d'indécidabilité où il est impossible de définir ce qui appartient à l'un ou à l'autre. Quasiment tous les psychanalystes travaillant sur la notion de transfert psychotique se retrouvent pour décrire un mouvement transférentiel vers un thérapeute qui ne serait pas reconnu dans un statut d'objet différencié et unifié. Ce qui différencie les modalités transférentielles, dans un premier abord, est essentiellement la prise compte de l'affect qui apparaît au sein de cette relation. Il est soit glacial et indifférent, soit passionnel et rageur, et parfois oscillant entre ces deux pôles.

Le transfert psychotique comporte bien ce qu'il est possible d'appeler une mise en indécidabilité du statut subjectif de l'objet que S. Freud a théorisé comme une régression à un état narcissique primaire anobjectal. Le trouble, le désarroi, ressenti dans la relation psychothérapique par le clinicien rend compte de cette indécidabilité. Il me paraît important de pouvoir faire l'hypothèse que, ce que met en évidence ce type de transfert n'est pas tant une hypothétique étape première de la vie psychique, mais une construction psychique, en réponse à une souffrance majeure, marquée par un mode de rapport à soi où autrui perd sa dimension médiatrice. C'est ce mode de rapport à soi, ou plus précisément à son psychisme, que je propose d'appeler une « position narcissique » de la psyché. Dans cette optique, le clinicien n'est plus confronté à un état ultime de la psyché, mais au fruit d'une dynamique psychique porteuse d'une histoire.

Cette économie narcissique que révèlent les problématiques psychotiques engendre un fonctionnement psychique que l'on peut qualifier d'« auto-subjectif » fait d'une répétition d'expériences subjectives jamais appropriées, jamais complètement symbolisées. C'est ce fonctionnement auto-subjectif qui donne une position narcissique à la psyché d'où autrui semble exclu. Ce fonctionnement « auto-subjectif » fait écho à une double rupture. D'une part la rupture de la boucle réflexive, le sujet ne peut pas se représenter, ou même sentir, ce qui lui arrive. Il échoue à donner un statut psychique à ce qui se répète en lui. Le fonctionnement auto-subjectif n'est pas intelligible au sujet lui-même, il n'est pas plus appropriable dans l'espace intra-psychique. D'autre part, c'est la relation intersubjective qui est rompue. Les productions « auto-subjectives » n'ont a priori pas de valeur pour autrui, elles sont à priori insensées. Autrui ne perçoit aucun message, pire aucun signe, dans les productions du psychotique. Plus grave encore, autrui se sent atteint dans son sentiment d'existence, soit il se perçoit comme absent dans le regard du sujet souffrant de psychose, soit il se sent absorbé par un état symbiotique, indifférencié. Les termes utilisés par la sémiologie psychiatrique « classique »

rendent compte de l'effet produit par cette rencontre entre autrui et les productions des sujets aux prises avec une problématique psychotique. « Bizarrerie », « étrangeté », « perception sans objet » décrivent cette perte de sens.

Ce schéma de fonctionnement renvoie à une conception particulière de la psychose, un « vertex » dirait W. R. Bion ; la psychose considérée comme une psychopathologie de l'appareil représentatif. Ce modèle nous est fourni par les travaux de J. L. Donnet et A. Green (1973) sur la « psychose blanche » qui décalent le point d'origine du conflit structural de la psychose classiquement situé par S. Freud (1924) entre le ça et la réalité extérieure. Les attaques massives de la pensée, qui caractérisent les états psychotiques, ne sont plus considérées comme les conséquences d'un conflit pulsionnel, ou comme la traduction d'un effet de la perte de la réalité, mais comme la marque d'un conflit entre la pulsion et la pensée, où la pensée est attaquée par la pulsion. La psychose est alors une psychopathologie de la pensée, ou, en d'autres termes, une psychopathologie de « l'appareil à penser les pensées » (W. R. Bion, 1962). Pour J. L. Donnet et A. Green, « [...] la psychose réside moins dans les pensées que nous fait connaître le psychotique que dans la pensée qui les pense. » (Donnet et al., 1973, 230). Dans la psychose, la pensée ne reconnaît plus ses propres productions, la fonction réflexive ne peut plus jouer son rôle.

Si les coordonnées de la psychose s'inscrivent dans un conflit où la pulsion attaque la pensée, la « réalité subjective » occupe une place centrale dans le déploiement de cet affrontement. Les relations avec la « réalité extérieure » ne font plus que porter les stigmates d'une perte de la faculté de transformer les données qui arrivent au psychisme. R. Roussillon (1999), à la suite de W. R. Bion, A. Green ou P. Aulagnier, reprend dans cette optique l'exploration des troubles de la symbolisation articulant pulsion et pensée. En s'inspirant des recherches sur l'auto-organisation du vivant, il met l'accent sur les processus d'auto-information et d'auto-représentation formant la problématique de la réflexivité. Il propose de placer au centre de l'expérience psychotique un : « [...] trouble identitaire de la réflexivité qui affecte de manière fondamentale la capacité à se sentir soi-même. » (R. Roussillon, 1999, 139) Sans réflexivité, l'appropriation subjective est perturbée, « réalité subjective » et « réalité objective » se heurtent et l'identité du sujet est atteinte.

La dimension historique n'est pas absente de ce type de conflit. L'histoire du sujet est présente dans le fonctionnement auto-subjectif, mais sur un mode différent de celui du souvenir. Cette histoire est présente dans le mode de rapport au psychique. La position narcissique de la psyché rend compte de ce rapport à son propre psychisme. L'histoire du sujet, l'histoire des modalités de symbolisation du sujet est présente dans la compulsion répétant une modalité historique du rapport à soi-même et/ou à l'objet qui n'a pas pu être symbolisée. C'est en cela que l'appareil psychique tente de représenter qu'il ne représente pas. D. W. Winnicott (1959-1964) dans son projet de « complément nosographique » de 1964 proposait justement sur un repérage des corrélations entre les besoins du moi de l'enfant et

le type de réponses « subtiles et complexes » de l'environnement afin de redéfinir la nosographie à partir d'une analyse psychodynamique. Pour lui, « l'image clinique » n'a de sens que dans une corrélation entre types d'anomalies de l'environnement et moment de l'évolution de l'individu où ces anomalies entrent en œuvre.

Cette position narcissique du psychisme représente bien sûr une forme de régression du fonctionnement psychique, un retour à un fonctionnement où peu de différenciations sont établies. Mais ce fonctionnement est marqué par l'absence de référence objectale. Les expériences psychiques non subjectivées qui font retour sous la forme d'une répétition compulsive d'états traumatiques ne sont pourtant pas nécessairement en elles-mêmes anobjectales. L'univers de la psychose se révèle rapidement peuplé d'imagos inquiétantes ou terrifiantes. La solitude du psychotique est rapidement remplie de toutes sortes de fantômes. M. Klein (1963) remarquait, dans son dernier écrit publié après son décès, que ce sentiment de solitude reposait non pas sur une dimension relationnelle objective mais sur un sentiment de non-intégration interne.

L'anobjectalité rencontrée dans les problématiques psychotiques ne peut pas être comprise seulement dans l'optique d'une régression qui conduirait à une hypothétique époque où l'organisation psychique exclurait d'une façon ou d'une autre la présence d'autrui. La clinique montre que les expériences non subjectivées s'inscrivaient dans une relation, se déroulaient en présence d'un objet, d'un environnement humain. Cet objet n'était peut-être pas relié à une représentation interne élaborée, mais il n'était pas totalement inexistant pour le sujet.

La dimension anobjectale des fonctionnements « auto-subjectifs » peut être pensée comme le fruit d'un travail psychique, d'une construction où la trace de l'objet est effacée. L'anobjectalité de la position narcissique est une construction « psychotique ». La trace de la rencontre avec l'objet est effacée par une position narcissique où le sujet est sa propre origine. Le fantasme d'auto-engendrement n'est alors qu'une figuration de ce travail psychique qui transforme les coordonnées du processus de représentation. Le travail narcissique du Moi est de se constituer en point d'origine et ainsi d'effacer les traces de ce qu'il doit aux objets. Dans les problématiques psychotiques, ce qui s'efface c'est l'impensé de l'objet. L'impensable qui fait sans cesse retour n'est pas qu'une expérience psychique traumatique isolée du monde, la relation intersubjective dans laquelle elle s'est déroulée est tout autant impensable. Les différents modèles qui rendent compte des sources de l'angoisse psychotique rendent également compte d'une inadéquation de la réponse de l'environnement. La cause de l'angoisse n'est pas nécessairement dans la relation avec l'environnement, mais cet environnement échoue dans le secours qu'il est sensé apporter à son élaboration, son appropriation subjective. Plusieurs psychanalystes ont théorisé différentes facettes de cette problématique. La « terreur sans nom » décrite par W. R. Bion (1957) est, selon lui, l'effet d'une des modalités de réponse de la mère aux peurs de son enfant. L'angoisse « disséquante » et « agonistique » qui anime la « crainte de l'effondrement » étudiée par D. W. Winnicott (1971) se décline en différentes formes

corrélées avec les besoins du moi de l'enfant face auxquels l'environnement n'a pas pu jouer un rôle « facilitateur ». R. Roussillon (1999) reprend ces différentes conceptions dans la notion complexe de « terreur agonistique » qui intègre elle aussi l'impact des réponses de l'environnement.

La position narcissique de la psyché porte en négatif l'empreinte de ce qui a été vécu dans la relation intersubjective avec l'environnement, l'objet primaire. Il ne s'agit bien sûr pas de l'histoire de la relation avec l'environnement en elle-même, mais de l'histoire de la manière dont la relation intersubjective a été vécue. Dans la clinique des psychoses de l'adulte, les éléments manquent pour faire la part de ce qui a été construit par le sujet et de ce qui a pu réellement se passer, ou ne pas se passer, dans la biographie du sujet. La position narcissique de la psyché est le siège d'une répétition qui ne répète pas à l'identique l'histoire de la non subjectivation d'un matériau psychique. Ce qui est transformé, c'est la place de l'environnement qui n'a pas pu être suffisamment « facilitateur », cette place est occupée par le sujet lui-même. En quelque sorte, dans le mécanisme auto-subjectif, le sujet se fait à lui-même ce qu'il a éprouvé dans la relation intersubjective avec son environnement. Il ne se prend pas seulement pour objet, il se prend pour l'objet.

Dans la position narcissique, l'objet primaire, l'environnement, qui n'a pas pu jouer son rôle facilitateur, entre dans le registre du négatif de la psyché. C'est ce qui donne cette coloration anobjectale à une expérience psychique primitive qui n'a pas été elle-même nécessairement anobjectale dans l'histoire du sujet.

Au cours des psychothérapies de patients psychotiques, les premiers mouvements projectifs massifs dépersonnalisants pour le thérapeute ne sont pas nécessairement à entendre comme un mouvement régressif « pour rendre l'autre fou » (Searles, 1959), mais plus simplement comme le premier temps du redéploiement transférentiel de cette problématique de l'effacement de l'objet. En s'offrant comme écran aux projections de son patient, le thérapeute est convoqué à une place où le rôle de l'environnement a été nié, ce qui rend bien difficile toute démarche réparatrice, du moins dans un premier temps. De ce point de vue, parler de transfert « négatif » prend tout son sens. Comme le soulignait H. Rosenfeld (1965), les affects, véhiculés dans ce transfert propre à la psychose, peuvent être qualifiés de négatifs, mais pas seulement pour désigner la haine ou la destructivité qu'ils contiennent. La négativité porte aussi sur la place du thérapeute pris dans un processus qui le nie. Ce qui se transfère aussi c'est le processus d'effacement de la trace de l'objet. Ce qui est perdu dans les états psychotiques n'est pas la réalité en tant que telle mais la trace de l'objet, la part de l'objet dans la dynamique représentative du sujet.

vincent di rocco  
914, route de fergy,  
74410 duintg  
france  
vincent.di-rocco@orange.fr

---

## Bibliographie

- Abraham K., 1908, Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce, in *Œuvres complètes*, t. 1, Paris, Payot, 1965.
- Balint M., 1952, *Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot, 1961.
- Balint M., 1967, *Le défaut fondamental*, Paris, Payot, 1971.
- Bion W. R., 1957, Différenciation entre des personnalités psychotique et non psychotique, in *Réflexion faite*, PUF, 1983.
- Bion W. R., 1959, Attaques contre la liaison, in *Réflexion faite*, Paris, Presses universitaires de France, 1983.
- Bion W. R., 1962, Une théorie de l'activité de pensée, in *Réflexion faite*, Paris, Presses universitaires de France, 1983.
- Bleger J., 1967, *Symbiose et ambigüité*, Paris, Presses universitaires de France, 1981.
- Bleuler E., 1911, *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies*, Paris, FPEL, 1993.
- Ciccone A., 1998, *L'observation clinique*, Paris, Dunod.
- Donnet J. L., Green A., 1973, *L'enfant de ça. La psychose blanche*, Paris, Éd. de Minuit.
- Federn P., 1928, Le moi comme sujet et objet dans le narcissisme, in *La psychanalyse des psychoses*, 1943, Paris, Presses universitaires de France, 1979.
- Freud S., 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Freud S., 1911, Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa, in *Cinq psychanalyses*, Paris, Presses universitaires de France, 1984.
- Freud S., 1924, Névrose et psychose, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses universitaires de France, 1973.
- Freud S., 1929, *Malaise dans la civilisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1971.
- Gimenez G., 2000, *Clinique de l'hallucination psychotique*, Paris, Dunod.
- Klein M., 1934, Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1974.
- Klein M., 1963, Se sentir seul, in *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1968.
- Roussillon R., 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Presses universitaires de France.
- Searles, H., 1959, L'effort pour rendre l'autre fou, in *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.
- Searles H., 1963, La psychose de transfert dans la psychothérapie de la psychose chronique, in *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.
- Stern D., 1985, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Presses universitaires de France, 1989.
- Trevarthen C., 2001, Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique, in *Devenir*, 2003, vol. 15, n° 4, 309-428.
- Winnicott D. W., 1952, Psychose et soins maternels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott D. W., 1959-1964, Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ?, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970.
- Winnicott D. W., 1971, La crainte de l'effondrement, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 1989.