III – Nouvelles cliniques, autres pratiques analytiques

La « fragilité narcissique », une clinique contemporaine

Vassilis Kapsambelis

Depuis une ou deux décennies, un mot du vocabulaire courant a fait son entrée et s'est considérablement répandu dans le vocabulaire du psychiatre, et même du psychanalyste : la *fragilité*. Telle personne est « fragile » ; telle autre est « fragilisée » par tel événement ou période de la vie, par telle circonstance de sa vie affective, familiale ou professionnelle ; certains facteurs ou événements sont « fragilisants », entraînent une « fragilisation », individuelle ou collective, dans la famille comme dans l'entreprise.

Qui est « fragile » ? La psychiatrie répond bien sûr qu'il s'agit du sujet, de la personne, de l'individu. Mais en métapsychologie, une telle entité n'existe pas. La « personnalité psychique » est toujours « décomposée », pour reprendre la terminologie que Freud (1933) utilise dans la XXXI^e^ leçon de sa nouvelle série de conférences d'introduction à la psychanalyse. Si fragilité il y a, elle concerne une (ou plusieurs) formations psychiques, ou encore les liens que celles-ci entretiennent entre elles, dans leur équilibre dynamique. L'impression clinique générale – celle d'une fragilité de l'« individu », de la « personne » dans son ensemble – conduit évidemment à l'hypothèse que la formation psychique affectée par cette « fragilité » serait, en termes psychanalytiques, celle du « moi » ; il s'agirait donc, à strictement parler, d'une « fragilité *narcissique* », si le terme de narcissisme désigne bien ce qui, de la libido, concerne plus particulièrement le moi, sa structure, son organisation, ses fonctionnalités. L'usage actuel du terme de « fragilité » confirme cette hypothèse : ceux qui parlent de « fragilité » se reconnaissent effectivement dans cette précision

qu'apporte l'adjonction de l'adjectif « narcissique » au terme de « fragilité » ; ils parlent volontiers de *fragilité narcissique*.

Néanmoins, une fois cette précision apportée, de nouvelles complications apparaissent. En littérature psychanalytique classique, une notion comme la fragilité narcissique s'associe normalement aux pathologies psychotiques, et plus particulièrement schizophréniques. Elle est directement liée à la façon dont Freud adopte initialement la notion de narcissisme, notamment dans son texte *Pour introduire le narcissisme* (Freud, 1914) : à partir d'un modèle de bipartition de la libido entre moi et objet, la problématique schizophrénique pourrait être définie comme une lutte entre investissements du moi et investissements d'objet, l'objet se présentant dans ces pathologies comme une menace pour l'intégrité du moi. En effet, et même si Freud n'a considéré dans ce texte que les formes accomplies des psychoses, c'est-à-dire celles où la libido d'objet a été retirée de ces derniers pour renflouer de façon considérable le moi, il est aisé de supposer qu'il existe une étape préliminaire aux opérations défensives qu'il y décrit ; une étape où l'investissement qu'exige l'objet de la part du moi se présente comme un danger d'anéantissement pour le moi lui-même. En d'autres termes, que l'investissement de l'objet – et notamment de l'objet génital – échoue devant la difficulté du moi à l'assumer tout en sauvegardant le minimum d'investissement nécessaire à sa propre survie ; c'est la « fragilité narcissique » du moi qui serait à l'origine de ce « retrait des investissements » décrit par Freud. Telle est, encore aujourd'hui, la théorie générale du début de la schizophrénie chez l'adolescent et l'adulte jeune (Kapsambelis, 2007). Les travaux de Federn (1952) sur la porosité des limites du moi et l'hémorragie narcissique dans la schizophrénie, mais aussi dans une certaine mesure ceux d'Anzieu sur le moi-peau, viennent confirmer la légitimité de parler du moi schizophrénique, et de son organisation narcissique, en termes de fragilité.

À l'évidence, le sens de la *fragilité narcissique* telle qu'utilisée actuellement est très éloigné de ces hypothèses, comme de ces pathologies. C'est donc ailleurs qu'il convient de rechercher la compréhension de cette expression si répandue dans notre clinique contemporaine. Et comme nous avons pris le parti d'évoquer la « fragilité narcissique » telle qu'elle se présente et se conçoit dans la clinique quotidienne du psychiatre et du psychanalyste, il serait utile d'exposer, non pas une histoire clinique complète (et sa cure), mais bien plutôt des vignettes cliniques qui illustrent ce que, dans notre parler clinique quotidien, nous avons plus ou moins tendance à associer à cette notion.

Un dernier mot sur l'adjectif « contemporain ». Il est évident que le psychiatre ou le psychanalyste ne peuvent pas, à strictement parler, qualifier une pathologie de « contemporaine », car les chemins qui conduisent individu à leur consultation obéissent à des tendances culturelles, sociétales

et anthropologiques qui leur échappent. On ne peut donc pas savoir si une pathologie est vraiment « contemporaine » ou si les tendances qui traversent une société font que certaines souffrances psychiques se dirigent vers leurs cabinets plus souvent qu'auparavant. Ainsi, si une pathologie est « contemporaine », elle ne l'est pas du fait de sa fréquence, mais dans la mesure où elle semble constituer l'écho de problématiques plus larges, qui traversent la société dans laquelle nous vivons et nous travaillons. C'est cette perspective que nous allons explorer en dernière partie du présent texte.

DEUX VIGNETTES CLINIQUES

M^me^ L., une femme de 60 ans, employée de bureau, célibataire, sans enfants et vivant seule, est en thérapie depuis plusieurs années. Elle a eu une longue analyse, une vingtaine d'années auparavant, qui lui a permis de mettre fin à une période d'alcoolisme assez sévère et aux fréquentations sulfureuses qui lui étaient associées. Sa nouvelle demande de thérapie lui est apparue comme la réponse appropriée à un mal-être diffus et chronique, une insatisfaction permanente de sa vie sur tous les plans : professionnel, amical, amoureux, un sentiment de vide, dit-elle, qui rend l'idée du suicide à la fois proche et indifférente ; « je crois que ça ne me ferait rien ». Elle se présente comme « déprimée à longueur du temps » et elle est parallèlement suivie par un psychiatre, dont elle reçoit un traitement antidépresseur et anxiolytique ; traitement aussi chronique que sa dépression, auquel elle ne croit qu'à moitié, son univers idéologique la rangeant résolument du côté de la psychanalyse.

La thérapie, en face à face, faite par un couple de thérapeutes, piétine. Les séances, monotones et sans pauses ou ruptures du discours, décrivent un quotidien terne, gravement lesté par une aboulie qui fait avorter tout projet présenté comme porteur, et des relations qui s'enlisent dans des sentiments de déception et dans des récriminations sur l'égoïsme et le manque d'empathie d'autrui. L'évocation du passé est tout aussi stéréotypée, dépeignant avec colère et ressentiment un univers familial composé d'un père qui imposait de façon abrupte, sinon violente, les principes éducatifs qui étaient les siens et ceux de son milieu ouvrier devenu petit-bourgeois, et une mère soumise au père, sans tendresse et indifférente aux besoins de ses quatre enfants. Ce récit sert de carte d'identité et d'explication universelle ; il est opposé comme une « fin de non élaborer » à toute intervention interprétative. Par exemple, lorsque nous lui faisons remarquer tel ou tel aspect de ses relations avec les autres, elle

dit : « Eh oui… C'est triste, non ? Que voulez-vous, avec les parents que j'ai eus… », propos qu'elle accompagne parfois d'une explication empruntée à la vulgate psychanalytique.

Mme L. dit éprouver du plaisir et une certaine allégresse dans les activités de groupe ; elle y trouve une façon d'être et un contact avec autrui qui tranchent avec les insatisfactions de son univers relationnel quotidien. D'ailleurs, elle aimerait bien faire partie de tel ou tel groupe en rapport avec ses convictions politiques, qui sont à l'opposé de celles de ses parents, et auxquelles elle est très attachée ; toutefois, cet engagement est chaque fois ajourné indéfiniment. Il y a quelques années, elle a fait partie d'un atelier d'écriture, proposé par une institution psychiatrique non sectorisée de la région parisienne, et elle parle de la joie qu'elle y a trouvée. Malheureusement, elle ne parvenait pas à sortir de chez elle, et parfois même de son lit, pour se rendre aux séances hebdomadaires ; elle dit aussi que cette unité est trop loin de chez elle. À la suite d'une hospitalisation, Mme L. s'est vue proposer une activité ergothérapique de groupe, qui pourrait se poursuivre après sa sortie ; elle en est ravie, d'autant plus que l'unité extrahospitalière se trouve tout près de son domicile. Mais, quelques semaines plus tard, c'est sur le même ton défaitiste, désabusé et vaguement rageur qu'elle va s'avouer qu'elle ne va pas plus à ce groupe qu'à celui d'écriture, quelques années auparavant. Nous essayons avec elle de comprendre cette inhibition ; elle n'en a pas la moindre idée mais, après une courte pause, elle se souvient que, lorsqu'elle faisait son groupe d'écriture, elle y est allée quelques fois après que l'animatrice l'ait appelée, suite à ses absences, pour l'inviter à y revenir. « Mais après, ajoute-t-elle sur un ton rancunier, elle m'a laissé tomber, elle ne m'a plus appelée. » Que se passerait-il, lui proposons-nous, si l'animatrice venait la chercher le jour du groupe pour l'y conduire ? Pense-t-elle qu'elle déclinerait l'invitation et qu'elle resterait chez elle ? « Bien sûr que non ! », répond-elle vivement, étonnée et presque indignée que l'on puisse poser une question aussi évidente. Puis, elle semble se rendre compte de la part de véhémence de son exclamation, et elle ajoute, sur un ton songeur et triste : « En fait, c'est ça… Il faut qu'on vienne me chercher. »

Alexis est un homme de 45 ans qui vit seul. Il est issu d'une famille souvent disloquée et recomposée, laissant des doutes sur ses origines paternelles, et ayant déterminé une enfance et une adolescence sur lesquelles il revient rarement, mais qui ont comporté leur lot de ballottages et de ruptures. Toutefois, il reste en contact fréquent avec ses deux parents qui, chacun de son côté, sont présents dans ses moments difficiles et tentent de l'aider à leur façon. Après une période d'héroïnomanie, à la fin de l'adolescence, Alexis a trouvé un emploi commercial, dans lequel il s'est investi de façon satisfaisante pendant une dizaine d'années, mais qui lui a laissé un solide alcoolisme, d'abord

convivial, puis solitaire. Depuis qu'il a perdu son emploi, il y a huit ans, il mène une vie assez marginale, émaillée de tentatives de réinsertion sans lendemain et de nombreuses hospitalisations, suite à des alcoolisations massives, plus ou moins subites, véritables crises dipsomaniaques au cours desquelles il peut errer pendant plusieurs jours en clochard, et finir dans le coma.

D'une grande gentillesse, ne disant jamais du mal de personne et ne se plaignant jamais, d'une exquise politesse et d'une éducation irréprochable, Alexis est un patient qui attire fortement la sympathie et la compassion de l'équipe soignante, aussi bien hospitalière qu'extrahospitalière. Il nous a souvent fait le récit de ses effondrements, et nous nous sommes maintes fois interrogés sur les moyens que l'on pourrait mettre en place pour lui éviter ces moments terribles et dangereux. « À partir d'un certain moment, dit-il, il y a comme un vide qui s'installe dans ma tête ; je le vois venir sur quelques heures ou sur deux ou trois jours. Si je suis chez moi, je descends jusqu'au commerce le plus proche, sinon, je commence à faire les cafés. Cela va durer trois, quatre, cinq jours, je ne sais pas, je perds la notion du temps. Le plus souvent, je me réveille aux urgences d'un hôpital. » Toutefois, lors d'un de ces récits, assez semblables d'une fois à l'autre, un détail attire notre attention. Il nous dit que la même chose a failli lui arriver quelques semaines auparavant, mais que le gardien de l'immeuble est monté pour lui porter un courrier qui venait d'être livré ; et que ce simple coup de sonnette, suivi de la brève apparition dans son espace de cet homme qu'il connaît à peine, a suffi pour redresser la pente sur laquelle il était en train de glisser : il suffit d'un autre, presque de n'importe quel autre, pour que la chute soit évitée. Nous imaginons alors la mise en place d'un recours de sécurité : un numéro de téléphone, au bout duquel il pourra trouver un soignant de notre équipe, au moment où sa glissade infernale commence à se produire. Deux ans et quelques rechutes plus tard, nous ne pouvons que constater l'échec de notre naïveté. Et comme le dit Alexis : « Ça ne marche pas comme ça, malheureusement… Apparemment, il faut que l'autre vienne sans que je l'appelle. »

FRAGILITÉ NARCISSIQUE ET PLACE DE L'OBJET

Il est assez aisé de reconnaître, dans ces deux figures de la clinique d'aujourd'hui, ce que nous avons tendance à regrouper dans notre parler clinique quotidien sous la rubrique de la « fragilité narcissique », réunissant les états limites, les *borderline*, et en partie les pathologies anaclitiques décrites

plus avant à partir des observations de René Spitz sur la carence maternelle chez le nourrisson. Comme on pouvait s'y attendre, il ne s'agit pas exactement du « moi » de la deuxième topique, et il aurait été utile, ne serait-ce que pour la rigueur de notre terminologie, de se demander ce que devient l'investissement du moi – l'investissement narcissique proprement dit, du moins au sens classique du terme – dans cette nouvelle conceptualisation. En fait, un autre concept, qui parcourt la psychanalyse notamment de langue anglaise ces cinquante dernières années, de Kohut à Winnicott, sans oublier les plus contemporains comme Kernberg ou Bollas, est venu prendre sa place : le *self* ou le *soi*, selon les auteurs. C'est sans doute au fur et à mesure que le *Ich* freudien ne désignait plus l'ensemble de la personne mais une de ses instances, au sein d'une de ses topiques, qu'est apparue la nécessité – du moins, chez certains auteurs – de trouver un autre terme, proprement psychanalytique, désignant la personne tout entière ; c'est le rôle dévolu au *self*. Et comme il s'agit du terme désignant l'ensemble de la personne, son concept opposé ne peut être que celui qui désigne un « non-soi » significativement lié au « soi » : autrement dit, l'objet, comme dans l'opposition grammaticale sujet/objet. D'où ce paradoxe, que Green (1990) avait déjà souligné dans *La Folie privée* : pour parler de ces pathologies de la fragilité narcissique, l'épicentre n'est pas leur moi, mais très précisément l'objet.

Cette question de la prédominance du rôle de l'objet dans ce qui est pourtant appelé « fragilité narcissique » permet de percevoir assez clairement ce qui distingue ces patients des pathologies impliquées dans la problématique narcissique que nous avons citées en préambule. En effet, il ne s'agit pas d'une pathologie de l'incompatibilité moi/objet, telle que les schizophrénies et les schizoïdies nous la font découvrir, qui met le moi en danger du fait même de la présence de l'objet et de l'amorce d'une relation à lui. Au contraire, pourrait-on dire, la présence de l'objet est ici recherchée, espérée, et même exigée ou revendiquée. Mais ce « au contraire » n'est exact qu'en partie, car cette espérance, recherche ou revendication de l'objet contraste singulièrement avec le fait que ces patients ne semblent pas retrouver en eux les traces de l'objet si activement recherché à l'extérieur d'eux-mêmes. Tant et si bien qu'on est obligé de se demander ce qu'ils en ont fait, s'il est vrai qu'aucun développement de vie psychique n'est concevable – en dehors peut-être des autismes primaires – sans que le moi n'entre, d'une façon ou d'une autre, dans une relation d'objet.

C'est pour cette même raison que leurs pathologies se distinguent également de ce que Freud avait décrit comme le type narcissique de choix d'objet, même si dans la clinique on peut constater des aires de recoupement partiel, notamment autour des troubles thymiques. Car, dans les relations d'objet narcissiques, l'objet est, en règle générale, bien présent et bien représenté dans le

psychisme, entouré de tous les attributs de l'idéalisation qui marquent sa physionomie. Et, comme il est d'habitude bien marqué et bien signifié, peu souple et laissant peu d'espace à des relations plus différenciées, plus complexes ou plus ambiguës avec lui, il ne laisse guère le choix au sujet que les deux possibilités extrêmes de sa perte, dans la mélancolie, ou de sa fusion triomphante avec le moi, que réalise la manie. En d'autres termes, dans ces configurations, c'est la représentation de l'objet qui fait la loi au détriment de l'objet réel, l'objet de la perception : transformer une perte parfois banale en catastrophe et ruine, comme on peut le voir dans la mélancolie, c'est faire endosser aux objets de notre commerce libidinal quotidien et actuel la figure d'un objet interne d'une grande immuabilité et d'une écrasante importance. Ici encore, les pathologies de la « fragilité narcissique » au sens contemporain du terme s'en distinguent par le caractère peu différencié, assez aléatoire, interchangeable et presque occasionnel de l'objet de leur revendication : presque tout peut faire l'affaire, pourvu qu'il soit de l'ordre du perceptif – de l'interne de garde du centre d'accueil et d'urgence au partenaire amoureux rencontré lors d'une semaine en village de vacances – le tout avec une égale passion tyrannique, et souvent avec une tout aussi égale passagèreté.

Ce rapport particulier avec le travail perceptif est sans doute un point très important de cette pathologie de la « fragilité narcissique », tant au plan clinique, qu'au niveau de ses implications psychopathologiques et théoriques. L'objet de ces patients est, pour ainsi dire, un objet « en personne », un objet « en chair et en os », un objet de perception. On peut tirer de cette constatation évidente un grand nombre de prolongements théoriques, qui diffèrent selon les auteurs et le référentiel théorique utilisé. Dans l'optique la plus classique, prolongeant les développements freudiens sur la genèse du psychisme humain, on parlerait de défaut de l'autoérotisme en tant qu'activité mentale qui se met en place au moment où fait défaut l'objet de la satisfaction du besoin ; ce défaut conduirait donc à la quête d'un objet forcément « externe », c'est-à-dire « perceptif ». On sait qu'un certain défaut de l'objet de satisfaction du besoin permet – oblige, même – de le recréer à l'intérieur de soi, et donc de trouver le moyen de se procurer un certain plaisir qui, palliant au manque jusqu'à une certaine mesure, et organisant l'attente, fonde du même coup une activité mentale relativement indépendante de l'univers perceptif. Les pathologies qui nous intéressent ici présentent, par ailleurs, une particulière sensibilité aux conduites addictives de toute sorte ; or, on sait que les addictions illustrent d'un autre point de vue cette même carence autoérotique. On pourrait dire que l'autoérotisme étant l'activité à partir de laquelle une organisation narcissique finit par voir le jour, c'est ce défaut fondamental au niveau autoérotique qui déterminerait ce qui apparaît, chez ces patients, comme une « fragilité narcissique ». En

ce sens, on rejoint les premières élaborations de Jean Bergeret (1984) sur les pathologies limites et narcissiques, lorsqu'il soulignait que leur dépressivité ne constitue pas un syndrome dépressif, au sens d'une perte d'objet, mais une angoisse dépressive, liée à la crainte de la perte de l'objet.

On pourrait donc conclure que, eu égard à la dialectique représentation d'objet/perception d'objet, ces pathologies évoluent selon une troisième voie, à égale distance entre le travail de la névrose et celui de la psychose. Dans la névrose, la représentation semble dotée d'une autonomie suffisante pour organiser des expériences de plaisir même en l'absence d'objet perçu et donc en l'absence de réalisation. C'est bien la raison pour laquelle l'inhibition peut jouer un si grand rôle dans ces pathologies, l'imagination devenant le viatique de la crainte de passer à l'acte. Lorsque la réalisation a lieu, elle consiste à projeter la représentation de l'objet sur la perception, tendant à créer des ensembles originaux, basés sur des mélanges plus ou moins réussis entre ce qui vient de l'objet et ce que nous lui attribuons, entre donc connaissance, reconnaissance et méconnaissance. Dans la psychose, au contraire, la représentation semble supprimée, ou en tout cas inopérante ou inaccessible au travail psychique du sujet. C'est donc la perception qui se retrouve seule chargée d'énoncer cette vérité du désir qui vient normalement de notre monde interne, quitte à faire parler cette vérité en créant de toutes pièces un objet de perception, comme dans l'hallucination. Dans les pathologies qui nous préoccupent ici, représentation et perception, bien que toutes deux existantes et distinctes, apparaissent anormalement accolées l'une à l'autre, comme si la représentation perdait sa valeur, sa consistance, sa force porteuse, si la perception ne venait constamment la soutenir. En termes winnicottiens, on a affaire à une pathologie typique d'un espace intermédiaire particulièrement peu développé : dans le jeu auquel renvoie le concept d'objet « trouvé/créé », ces patients semblent dire, tel Thomas l'incrédule, qu'ils veulent d'abord s'assurer que l'objet est « trouvé » avant de s'aventurer à le « créer » (Winnicott, 1971).

À côté de cette définition « par défaut » du surinvestissement perceptif de ces patients (le perceptif apparaîtrait « à défaut » d'une activité mentalisée, autoérotique), on pourrait aussi s'interroger si certaines qualités propres au perceptif lui-même ne sont pas également pertinentes pour rendre compte de leur fonctionnement mental. Les propos de Freud concernant la fonction de jugement dans le court texte de 1925 sur la négation pourraient ici nous servir d'introduction. Freud (1925) y explique que le jugement remplit deux missions, l'une selon le principe de plaisir (jugement de qualité : agréable ou désagréable), l'autre selon ce qu'il appelle le principe de réalité, et qui en l'occurrence devient « jugement d'existence dans la réalité ». On pourrait penser que, entre ces deux fonctions, le « jugement d'existence dans la réalité » est

de loin le plus important dans les pathologies de la fragilité narcissique. C'est sans doute pour cette raison que la variable plaisir/déplaisir apparaît peu, en définitive, dans le travail qu'ils développent avec leurs objets ; on est toujours frappé de voir des hommes et des femmes effondrés et en proie à une grave crise suicidaire parce que leur conjoint ou compagnon vient de les quitter, alors que, interrogés, ils semblent assez incapables de nous transmettre ce que cette vie commune ou cette relation leur apportait en plaisir et joie de vivre.

On voit ainsi pourquoi ces configurations de relations d'objet, familières dans la clinique, entrent finalement dans la notion de « fragilité narcissique », et non pas dans la description de telle ou telle forme d'objectalité. L'enjeu de l'objet pour ces patients ne semble pas être la satisfaction de la pulsion – ce qui est pourtant la définition même du terme d'objet – mais plutôt la confirmation de son existence (de l'existence de l'objet), probablement comme corollaire de la confirmation de leur existence propre, tout comme la perception est nécessaire à la validation de la représentation. « J'existe », semblent dire ces patients, « parce que l'objet existe, et c'est la réalité de son existence qui confirme et garantit la mienne ». On passe de l'objet de satisfaction à ce que Green a appelé l'objet « caution », comme M^me^ L. de notre première vignette clinique, qui ne conteste pas le bien-être que lui procurent les activités de groupe, mais à la condition que l'on vienne la chercher ; ou comme Alexis de notre deuxième vignette, qui constate bien que sa crise dipsomaniaque peut être évitée si quelqu'un frappe à sa porte, mais à la condition que ce quelqu'un vienne de lui-même – et peu importe que ce soit par hasard, car ce qui est important, c'est que le sujet n'aille pas le chercher lui-même. Ici encore, les travaux de Winnicott sont déterminants, notamment la mise en évidence de la nécessité, pour le sujet, que l'objet n'apparaisse pas comme une émanation de son imagination ou de ses fantasmes, mais comme ayant une existence propre en dehors du sujet, et que le sujet puisse même le détruire, entre autres pour pouvoir vérifier qu'il reste, malgré tout, présent : d'où les multiples attaques que ces patients font subir à leurs objets, médecins et soignants compris – objets désespérément recherchés et attendus, et d'autant plus attaqués lorsqu'ils consentent à leur accorder leur présence.

UNE CLINIQUE DE LA RELATION D'OBJET DE PERCEPTION

Comment organise-t-on une existence psychique qui ne nie pas la différence moi/objet (et même, soi/non-soi), qui ne contexte pas non plus la

nécessité vitale d'une vie objectale pour la vie d'âme, mais qui pourtant ne conçoit cette objectalité que sous la forme de l'objet de perception ? Au point que la personne soit menacée d'effondrement (mais pas de « dislocation ») lorsque l'objet ainsi conçu en vient à faire défaut ?

L'expérience montre que, sur la base d'une « fragilité narcissique » de ce type, la vie psychique et la psychopathologie vont s'ordonner selon un certain nombre de procédés défensifs ayant comme but de *valider* la perception de l'objet ; de réussir cette opération de jugement décrite par Freud dans sa deuxième dimension, celle de « l'existence dans la réalité », parfois au mépris de toute considération sur la première dimension, celle de la qualité hédonique de l'objet ainsi trouvé. De ces procédés de validation, la clinique nous permet de distinguer trois figures, qui ne sont pas des « formes cliniques », au sens où ce terme est utilisé en médecine, mais des modalités de fonctionnement, qui peuvent alterner chez le même sujet ou prédominer sans exclure les autres. Pour tenter un pont avec la discussion de ce que cette clinique a de « contemporain », avec donc la discussion qui ouvre sur l'espace sociétal, essayons d'éviter des termes qui renverraient directement à notre vocabulaire technique, et appelons ces trois figures : clinique de la confirmation, clinique de la réparation et clinique de la vérification.

La première, la *clinique de la confirmation*, est celle qui, à force de demander à l'objet de lui assurer, de lui confirmer sa présence ininterrompue, tend à faire de lui une « chose » au sens inanimé du mot. En termes de consolidation de la fragilité narcissique, les avantages de cette solution sont évidents : l'objet ainsi trouvé (et transformé) peut être constamment à disposition, tout en ne se plaignant pas d'être laissé de côté, le cas échéant, et tout en n'étant pas animé de désirs propres. On peut rapprocher à cette configuration une certaine inaptitude de ces patients à se rendre compte des besoins, désirs, souhaits, intentions d'autrui : en effet, ce défaut d'identification ou d'« empathie » à l'autre (qui a ses origines propres) s'alimente de cette perception « chosifiée » de l'autre, et détermine des réactions de rage violente, lorsqu'il arrive que l'objet fasse défaut, ou qu'il sorte de son état inanimé. Dans les cas les plus extrêmes, cette configuration réalise la « relation fétichique à l'objet », bien étudiée par Évelyne Kestemberg (2001), et prolongée dans les travaux de Claude Balier (1988) sur les comportements violents. Les toxicomanies relèvent également, du moins en partie, de cette problématique, le produit toxique remplissant ici le rôle d'un objet issu de la réalité, inanimé et toujours à disposition. Dans certains cas de figure, le sujet va adopter une solution de retournement sur la personne propre de cette configuration : il va devenir, lui, l'objet plus ou moins inanimé d'un autre, s'assurant ainsi la présence de cet autre, à qui il devient indispensable ; aussi, ces patients peuvent se laisser glisser dans des relations

d'assujettissement pervers, tout comme ils restent très vulnérables face aux groupements et sectes de tout ordre.

La deuxième, la *clinique de la réparation*, vit l'objet comme essentiellement mauvais. Toutefois, cette mauvaiseté a une connotation très particulière, qui distingue partiellement cet objet aussi bien du mauvais objet mélancolique que de l'objet persécuteur psychotique. Ici l'objet est toujours considéré comme détenteur d'un certain nombre de qualités, d'une certaine richesse ; il ne les a pas perdues, mais il les refuse au sujet. Ainsi, l'attitude du sujet face à l'objet est celle de l'envie et de la rage. Cette conjonction particulière (l'objet est « mauvais », mais par défaut, il pêche non pas par ce qu'il fait mais par ce qu'il ne fait pas) protège d'habitude ces patients de mouvements mélancoliques ou paranoïdes, et lorsque ceux-ci se produisent, ils sont habituellement passagers et spontanément résolutifs. De façon générale, cette conception de l'objet (et de la réparation) est basée sur un sentiment de promesse non tenue, et donc de dette. Par exemple, c'est parmi ces patients que l'on retrouve le plus souvent ceux qui racontent une enfance où les parents n'auraient pas été à la hauteur de ce que l'enfant qu'ils ont été aurait souhaité, espéré ou attendu. Cette clinique de la réparation entraîne des attitudes qui associent deux types de manifestations : d'une part, des demandes que l'on pourrait assimiler à celles de « dommages et intérêts » ; d'autre part, des réactions qui évoquent une volonté de vengeance. Tel est le cas, par exemple, du patient qui arrive sans rendez-vous au centre médico-psychologique et qui fait une crise clastique alors même qu'on lui a dit qu'on essaiera de le recevoir. Ici, on est aux prises à un transfert paradoxal qui évoque celui décrit par Anzieu (1975) et qui illustre bien le caractère clivé de ces pathologies : ne pas être reçu confirme la mauvaiseté de l'objet, être reçu confirme que l'objet détient bel et bien quelque chose de bon, mais qu'il ne veut pas le donner spontanément, il ne le donne que contraint et forcé. Certains patients s'enferment dans une forme maligne de cette configuration, en déployant une activité qui consiste à démontrer répétitivement que l'objet est mauvais, et donc mettent en échec ou détruisent ce qui est fait pour eux ; il n'est pas rare que l'issue en soit fatale. Les patients qui évoluent favorablement sont ceux qui parviennent à vivre et à assumer l'expérience de la déception. Ceci peut nécessiter notre aide : il faut que nous acceptions nous-mêmes d'être vécus comme quelque peu décevants, ce qui évidemment heurte notre idéal thérapeutique et professionnel – relayé, en l'occurrence, par les projections d'instances idéales que ces patients opèrent sur nous.

La troisième, la *clinique de la vérification*, est sans doute celle qui maltraite le plus l'objet. Elle n'est pas celle qui a le plus mauvais pronostic, même si c'est elle qui s'avère la plus pénible pour le thérapeute. Ici, le patient ne pense pas forcément que l'objet est mauvais, il pense même qu'il pourrait être

bon et, dans certaines situations, il peut en acquérir la certitude, et même profiter de sa « bonté » pour entrer dans un processus évolutif qui éloigne le sujet de ses souffrances et du risque d'effondrement. Tel est le cas par exemple des patients qui connaissent une bonne évolution en psychothérapie, après avoir fait endurer à leur analyste un certain nombre de ruptures, de tentatives de suicide, de mises en échec à répétition. Tel est aussi le cas des patients qui arrivent en état de crise, suicidaire ou autre, aux centres d'accueil et de crise, qui monopolisent pendant quelques jours ou semaines l'équipe et les médecins, qui refusent l'hospitalisation ou qui sortent contre avis médical après l'admission, mais pour revenir aussitôt aux urgences ; mais qui, si l'équipe tient le coup de leur présence envahissante et tyrannique, s'améliorent de façon spectaculaire et souvent rapide, retrouvent un fonctionnement beaucoup plus différencié, et sont même capables d'exprimer des sentiments de gratitude à l'égard des soignants. C'est que, chez ces patients, l'objet pourrait être « bon » – et ils veulent bien, à la limite, lui accorder l'hypothèse de sa bonté, au bénéfice du doute – mais à la condition préalable de tester son existence et son l'intention de faire quelque chose pour eux. L'enjeu est donc ici celui de la vérification, vérification d'existence et de fiabilité (au sens winnicottien du terme), ce qui implique de le mettre à l'épreuve : l'objet est utilisable, le patient sait qu'il peut s'avérer d'une grande aide pour son évolution, mais il lui faut d'abord lui faire subir un certain nombre d'épreuves, avant de lui accorder sa confiance, épreuves qui consistent à vérifier, en bonne et due forme, sa validité.

LA FRAGILITÉ NARCISSIQUE EST-ELLE UNE CLINIQUE « CONTEMPORAINE » ?

L'option prise dans le présent texte d'examiner les pathologies de la « fragilité narcissique » à partir de l'axe de l'objet, et plus particulièrement à partir du travail perceptif particulier dans lequel semble devoir s'insérer l'objet de ces patients, est évidemment loin d'être la seule possible. On peut tout aussi bien aborder cette notion à partir de la question identitaire, elle aussi intimement liée à l'organisation narcissique, ou encore à partir des différents aménagements de la personnalité, dont on peut facilement deviner l'intrication avec la question narcissique (comme, par exemple, les personnalités « comme si » de Helen Deutsch, le « faux-self » de Winnicott, et en France les patients « normopathes » et antianalysants décrits par Joyce MacDougall).

Si l'axe de l'objet et la problématique corrélative de l'importance de la fonction perceptive semblent plus utiles pour le propos développé ici, c'est

parce qu'ils pourraient préparer le chemin conduisant à l'autre aspect que nous nous proposons d'évoquer, celui d'une clinique qui serait « contemporaine ». Pourquoi ? Parce que nous vivons depuis plusieurs décennies dans des sociétés ayant une « culture de monde physique », au sens aristotélicien du terme, c'est-à-dire ayant adopté une idéologie officielle fondamentalement scientifique, qui a progressivement remplacé toute référence à une culture *métaphysique*. Nous n'allons pas nous en plaindre, et il existe de nombreux exemples, de par le vaste monde, pour nous montrer ce que sont les sociétés à culture théocratique, pour au cas où il nous prendrait la nostalgie de ce que nous n'avons pas connu. Mais le monde physique étant défini comme celui des objets tombant littéralement sous les sens, il s'ensuit une certaine omnipotence opératoire de l'activité perceptive par rapport à tout autre mode d'appréhension de la réalité qui nous entoure ou que nous fabriquons. En d'autres termes, dans les sociétés où nous vivons, ayant développé la culture que nous partageons, il y a comme un glissement qui va du bannissement qui frappe le « surnaturel » à un certain discrédit affectant tout ce qui apparaît comme « immatériel », et qui tend donc en définitive à privilégier comme seuls objets fiables, les objets frappés du sceau du réel, les objets des organes de sens, en se méfiant de tout objet « mental ».

Il est possible que ce progressif ascendant de l'objet matériel sur l'objet mental, et la survalorisation de la concrétude qui s'ensuit, fragilise nos rapports avec nous-mêmes et avec le monde qui nous entoure. Et cette « fragilisation » mériterait bien le qualificatif de « narcissique », car la capacité à la solitude (Winnicott, 1958), sans doute le principal indice d'une certaine solidité narcissique, deviendrait très difficile à pratiquer, serait même inconcevable autrement que comme une injuste punition, si les seuls objets possibles étaient les objets « en chair et en os ».

Par exemple, comment ne pas voir dans la clinique de la confirmation toute une aspiration à la prévention et à la diminution des risques, ce « risque zéro » qui semble hanter nos contemporains, comme une exigence d'assurance contre toute perte ? Alors même que la prétention de fréquenter des objets humains nous expose par définition au risque de la perte, ne serait-ce que du fait que l'objet humain étant à notre image, il est mû par des mouvements pulsionnels analogues aux nôtres, et donc tout aussi imprévisibles et incontrôlables d'avance. Un risque zéro de perte que par conséquent seul le commerce avec un objet parfaitement inanimé peut en définitive nous garantir – d'où la fabrication conséquente d'un univers qui se veut de plus en plus aseptisé et « sécurisé ». Car on a beau vivre l'amour le plus idéal et le plus profond, la certitude de retrouver son conjoint en rentrant le soir à la maison sera toujours inférieure à la certitude de retrouver son réfrigérateur, et même si des

cambrioleurs sont passés par là, il sera toujours plus facile de remplacer son réfrigérateur que son conjoint.

De même, la clinique de la réparation ne va pas sans évoquer ce qui apparaît, au plan sociétal, comme une culture de revendication de droits, et il est frappant de constater à quel point cette notion de « droits » s'étend sur des objets de plus en plus nombreux de notre univers (« droit » au travail, au logement, à la parentalité…). Or, la question est d'autant plus complexe, que ces droits sont en soi non seulement légitimes, du point de vue de la culture qui est la nôtre, mais aussi les fruits d'une évolution que l'on pourrait considérer comme une conquête de civilisation : car ne s'agit-il pas, d'un certain point de vue, d'une conquête de la culture d'homme sur la culture d'animal que de considérer qu'avoir un logement, par exemple, n'est pas le trophée d'une lutte, mais la reconnaissance que les êtres humains se distinguent par le fait qu'ils mettent un toit au-dessus de leurs têtes ? Et pourtant, un glissement évident se produit lors d'une telle extension de droits, car l'objet du désir ainsi revendiqué n'est plus disputé à un tiers, mais fait plutôt partie intégrante de ce tiers, tant et si bien que seul ce tiers peut (ou doit, ou est sommé de) nous le livrer : autrement dit, toute une conception du rapport de l'homme à l'autre (ou à la société) faisant de ce dernier un sein kleinien, généreux (dans ses promesses) et cruel, forcément cruel, dans ses réalisations finales.

Et enfin, comment ne pas rapprocher la clinique de la vérification à toute une culture de l'apport de preuves et de la validation dite « objective » de nos actions, de plus en plus tyrannique et envahissante, dans tous les espaces de la vie collective – et nous en savons quelque chose en médecine. Une culture qui dit, en somme, que des objets mentaux comme, par exemple, la parole dite, la confiance partagée, la probité et conscience professionnelles ou le sens de l'honneur, bien qu'ils existent – notre culture ne nie pas leur existence – ne peuvent plus être considérés comme suffisants pour gérer les rapports entre humains, et que seule la contractualisation tangible et prouvable de ce qui les unit peut garantir le respect de leurs obligations réciproques.

Il existe toutefois une dernière question, elle aussi directement en rapport avec la dimension du contemporain, sur laquelle on pourrait conclure. C'est une question presque « préalable » : de quoi s'agit-il exactement, dans cet univers où l'objet doit être garant de sécurité, pourvoyeur de bonnes choses et en mesure de prouver sa présence et sa bienfaisance – de quoi s'agit-il donc, si ce n'est d'apporter tout le temps le témoignage de son engagement auprès du sujet ? Parlons-nous d'autre chose, à travers toutes ces figures aussi bien de la clinique que de la vie contemporaine, que d'une notion d'*engagement* : d'attente, d'espoir, d'exigence ou de déception d'engagement ? Un engagement si possible inconditionnel, et (ou) illimité, et (ou) profond, et (ou) sans

contrepartie – un engagement donc que ces patients eux-mêmes seraient en peine de fournir, comme il leur arrive d'ailleurs que leur entourage le leur reproche, et comme nous-mêmes nous en faisons régulièrement l'expérience, lorsqu'on les voit alterner les consultations en urgence, où il faut absolument les recevoir sous peine de suicide, et les consultations où ils ne viennent pas, sans même prendre la peine de nous en prévenir.

Or, il semble que l'engagement se trouve, d'un certain point de vue, en contradiction avec une autre des valeurs fondamentales de notre monde contemporain, une valeur acquise elle aussi, comme notre culture scientifique et antimétaphysique, de haute lutte et cher payée : celle de la liberté (Bauman, 2003). Il existe, en effet, une contradiction fondamentale entre engagement et liberté, même si de très nombreux engagements se sont faits au nom, et avec l'idéal, de liberté. C'est pourtant un fait d'observation courante que nous perdons quelque chose de notre liberté lorsque nous tombons amoureux, ou lorsque nous nous investissons dans notre métier, ou lorsque nous faisons des enfants, ou lorsque nous militons pour la cause de notre choix, ou lorsque nous faisons partie d'une association sportive. Une liberté donc qui, valeur suprême jalousement préservée et fièrement revendiquée, met à mal notre besoin d'engagement – et le besoin que nous avons que l'autre s'engage auprès de nous. Dans le texte déjà cité, *Pour introduire le narcissisme*, Freud fait remarquer que « un solide égoïsme préserve de la maladie, mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut aimer ». Disons donc que ces pathologies de la « fragilité narcissique » n'ont en définitive de contemporain, au plan sociétal, que de payer le prix des dommages collatéraux de la liberté – de la leur, comme de la nôtre.

Vassilis Kapsambelis
40, boulevard du Montparnasse
75015 Paris
kapsambelis@wanadoo.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anzieu D. (1975), Le transfert paradoxal : de la communication paradoxale à la réaction thérapeutique négative, *Nouvelle revue de Psychanalyse,* 12, p. 49-72.

Balier C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents,* Paris, PUF.

Bauman Z. (2003), *L'Amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes,* Rodez, Le Rouergue/Chambon, 2004.

Bergeret J. (1984), État limite et dépressivité, *L'Œuvre de Jean Bergeret. D'une pratique à une théorie de la clinique*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1999, p. 215-232.

Federn P. (1952), *La Psychologie du moi et les psychoses*, tr. fr. A. Lewis-Loubignac, Paris, PUF, 1979.

Freud S. (1925), La négation, *OCF.P*, t. XVII, Paris, PUF, 1992, p. 165-171.
– (1933), *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*, Leçon XXXI : La décomposition de la personnalité psychique, *OCF.P*, t. XIX, Paris, PUF, 1991, p. 140-163.
Green A. (1990), *La Folie privée*, Paris, Gallimard.
Kapsambelis V. (2007), Les fonctionnements psychotiques : une psychopathologie psychanalytique, *Psychologie clinique et projective*, n° 13, p. 9-33.
Kestemberg E. (2001), *La Psychose froide*, Paris, PUF.
Winnicott D.W. (1958), La capacité d'être seul, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p. 205-213.
– (1971), *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.