

« *La question de la folie* »

« Si un homme qui se croit un roi est fou, un roi qui se croit un roi ne l'est pas moins »

Jaques Lacan

« *Sans le fou, la raison serait privée de sa réalité, elle serait monotonie vide, ennui d'elle-même, désert animal qui lui rendrait présent sa propre contradiction* »¹. La folie qui sans demander permission entre, sans subterfuges reine, sans condition domine. La folie n'habite pas le principe de réalité et cette tendance de vouloir toujours par divers moyens ramener le fou dans cette réalité socialement admise peut engendrer une distorsion encore pire et faire de ce principe un lieu désolant et inhabitable par incapacité d'investissement, un lieu tordu qui ne vaut la peine d'être vécu. La folie prend sans requête, tout. Vorace et avide, elle pénétrera les silences et les transformera en mélodies, en langage étrange qui ressemble parfois à la poésie. « *Loin donc que la folie soit le fait contingent des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence.*

Loin qu'elle soit pour la liberté « une insulte », elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre.

Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté² »

Nous ne pouvons pas oublier que l'abîme apparent entre normalité et folie est presque insondable car le fou restera toujours derrière la protection de ses mots paradoxaux et dans la sublime opulence de ses extravagances et ses extravagances ne seront jamais comprises par la raison parce que la similitude entre normalité et folie dérange, devient étrange et dangereuse, même si chacun d'eux porte un peu de chacun de l'autre. La nef des fous de Jérôme Bosch, le tableau d'Eugène Delacroix Dante et Virgile aux enfers, le jugement dernier de Bosch. La folie et l'enfer. L'exil et la punition. Le pécheur confié à sa rédemption et le fou à son propre destin. Toujours, la religion donne cette dernière possibilité aux croyants, même si l'acte commis par le pécheur est bien enfoncé dans la folie, néanmoins le fou ne sera jamais pardonné.

¹ Histoire de la folie à l'âge classique, Michel Foucault, 1972, p. 365, éditions Gallimard.

² Ecrits I, Jaques Lacan, 1996, p. 175, éditions du Seuil.

Foucault dans son livre « histoire de la folie à l'âge classique » retrace la folie à travers le temps et donne des pistes pour comprendre la vision que portaient les gens sur la maladie à savoir, le grotesque rejet d'une société qui n'était pas apte pour vivre avec les fous. Les modifications sociétales sur la conception de la folie durant les temps ont conduit à différents traitements de la folie; le fou livré à lui même, le fou savant, le fou exclu et le fou interné. Cet internement initial a une signification morale plus que médicale. Foucault montre que la racine de la folie ne se trouve pas uniquement que « dans une réflexion sur l'homme lui-même, mais également dans les structures sociales.

Le fou représente l'animalité chez l'homme et fait peur, l'homme sain craignant de franchir la fragile ligne entre le normal et le pathologique. De ce fait les fous sont mis à l'écart.

Pour Foucault La folie n'existe que dans une société et par rapport à elle : c'est un fait de civilisation.

Le psychiatre selon Foucault a fait de la pathologie une validation médicale qui empêche de voir les choses en face et qui met des barrières face à une vraie compréhension de la folie. Une folie appelée schizophrénie par exemple, qui permet de se justifier et de donner à la science des outils de mesure et de catégorisation des choses dont l'homme ne préfère pas prendre conscience.

« Les pathologies limites »

Il n'existe pas une seule définition du trouble narcissique identitaire, je prendrai les définitions officielles du DSM IV, du CIM 10 et de la psychanalyse :

Selon le **DSM IV** « La caractéristique essentielle de la personnalité borderline est un mode général d'instabilité de relation interpersonnelle, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers³ ». Cette définition concerne uniquement les adultes. Pour l'enfant on parle de pathologies limites « précisément, le terme de « pathologie limite » par rapport à celui de « état limite » propre à la psychiatrie général et de l'adulte, souligne que avec

³ DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, p. 763

l'enfant l'accent est mis sur les aspects structuraux et évolutifs inscrits dans une perspective dynamique est sur le meilleur pronostique des troubles si l'intervention thérapeutique se fait en temps opportun et avec des moyens adaptés⁴ »

Selon le **CIM10** « Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associés à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence au à des comportements explosives ; ceux-ci sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsives sont contrariés ou critiqués par autrui⁵ ».

Selon la **Psychanalyse** « les patients ne sont ni des névrotiques ni de psychotiques ni des déséquilibrés. Les trois négations sont une base de départ. L'état limite est à la frontière entre la névrose et la psychose⁶ ».

Les caractéristiques générales du trouble narcissique identitaire que l'on trouve chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : grande dépendance à autrui, quête permanente d'étayage, relation anaclitique, angoisse permanente, lien insécure, sentiment de vide, d'ennui permanent, sentiment d'être inutile, dévalorisation de soi et troubles du comportement.

Chez l'enfant limite, le trouble narcissique identitaire est fortement marqué par la dépression comme en témoignent les affects pénibles, l'absence d'intérêt et d'idées, les sentiment de vide, d'inutilité et de non valeur et le malaise corporel voir les manifestations somatiques et la grande vulnérabilité à la perte d'objet.

Dans la relation à la mère il est constamment observé une discontinuité de processus de soins maternelle et des défauts d'étayage. « Il en découle l'inscription précoce des sévères failles narcissiques et des échecs notables dans le mouvement d'individuation /séparation. Bien que la position dépressive ne puisse être pleinement élaborée, l'ouverture à une relation triangulaire œdipienne reste possible : celle-ci s'organise en secteur et de façon partielle mais ne débouche pas sur le conflit de désir et d'identification spécifique à la phase œdipienne génitale. L'enfant reste dans le registre d'une pseudo œdipification, encore appelée bi triangulation (Misès, 1990)⁷». Bien que le

⁴ Psychopathologie de l'enfant, Gueniche Karine, 2002, p.83, Nathan université.

⁵ Le trouble de la personnalité borderline *L'état limite* « victime de ses émotions », Tortosa Alain, 2008, p.71, Editions Archisoft

⁶ Le trouble de la personnalité borderline *L'état limite* « victime de ses émotions », Tortosa Alain, 2008, p.72, Editions Archisoft

⁷ Psychopathologie de l'enfant, Gueniche Karine, 2002, p.94, Nathan université.

père soit utilisé pour se défendre de la relation maternelle dominante, l'enfant reste aux prises des menaces de disparition. Winnicott pense que le jeu symbolique et le déploiement des fantasmes dans l'espace transitionnel sont défailnants de part l'état-limite.

L'enfant limite entretient avec ses parents des relations sur le mode de l'emprise narcissique, ce qui l'empêche d'avoir ses propres aspirations. C'est de là que vient l'absence d'amour de soi. « L'enfant instaure un lien anaclitique à ses parents et est continuellement dans une quête d'étayage venant palier le vide interne⁸ ».

Chez l'adolescent limite s'installe un Moi en position de relative faiblesse. L'angoisse est toujours très vive et sa tolérance est minimale et son élaboration est réduite. Le Moi défaillant se retrouve confronté aux pulsions de la crise pubertaire. Il en découle une fragilité narcissique et une identité floue. Sur le plan comportemental on observe une fréquence de l'agir avec des passages à l'acte, de l'agitation, de l'instabilité, une somatisation et des possibles tentatives de suicide.

L'adolescent limite se marginalise dans ses conduites (toxicomanie, petite délinquance). Des difficultés scolaires sont souvent présentes ainsi que des conduites sexuelles chaotiques ou déviantes. On retrouve en parallèle le sentiment d'ennui, de vide, d'inutilité, une grande sensibilité à la perte d'objet et un fort sentiment d'abandon. La relation à sa mère est marquée par l'ambivalence (dépendance et rejet). Face à ces troubles, l'adolescent à recours aux mécanismes de défense de types archaïques et principalement au clivage. Il utilisera également la projection, l'idéalisation, l'omnipotence, le déni, la dévalorisation.

Chez l'adulte limite on observe une très grande sensibilité à l'environnement, ce qui le pousse à faire des efforts constants pour éviter les abandons, qu'ils soient réels ou imaginaires. Il développe un mode relationnel instable et intense avec une alternance entre idéalisation et dévalorisation de l'autre. La relation à l'autre est marquée par une instabilité affective. Le Moi chez l'adulte limite est instable ce qui entraîne une perturbation de l'identité. Sur le plan comportemental on retrouve de l'impulsivité qui se traduit dans des conduites à risques, les tentatives de suicide et les automutilations sont fréquentes. L'adulte limite peut rentrer facilement dans des rages intenses et

⁸ Psychopathologie de l'enfant, Gueniche Karine, 2002, p.95, Nathan université.

inappropriées avec des grandes difficultés à contrôler sa colère. On retrouve aussi le sentiment d'ennui et de vide qui est compensé par une recherche permanente d'occupation. On peut observé des symptômes dissociatifs transitoires pendant des périodes de stress extrême ce qui nous montre la fragile ligne existant entre le trouble narcissique identitaire et la psychose.

« *Autres processus psychiques* »

Pour cette question je prendrai **la psychose** comme organisation psychique n'appartenant pas aux pathologies limites et comme troubles correspondants : **la Schizophrénie** et **les troubles bipolaires**.

Selon l'approche Freudienne, dans la construction de la psychose, le *Moi* s'associe au *ça* pour détruire la réalité du *Surmoi*. Le délire bâti sur le pulsionnel, prendra la place de la réalité. Le mécanisme de déni est à l'œuvre puisque qu'on observe un désinvestissement de la réalité extérieur, désinvestissement qui sera compensé par un surinvestissement de soi. Le délire intervient ici comme tentative de reconstruction de la réalité. On observe deux aspects, un positif (le délire) et un négatif (le déni et la dissociation). Le psychotique sera aux prises avec des hallucinations de types auditives et visuelles. L'angoisse est prédominante, envahissante, elle se caractérise par des sentiments de morcellement, d'intrusion, de dévoration.

Dans la psychose, on retrouve toujours une perte de contact avec la réalité et des troubles de la pensée amenant un discours incohérent et de la dissociation.

La schizophrénie est une psychose chronique caractérisée par la dissociation. Le schizophrène vit dans une néoréalité. Tous les aspects de la vie de la personne son touches par la maladie. L'origine est multifactorielle, c'est-à-dire, l'environnement peut être déclencheur de la maladie tout comme une origine génétique (un des parents porteur de la schizophrénie). Cette pathologie à une visée dégénérative. Dans la schizophrénie on retrouve des troubles des processus de pensée avec des idées délirantes, une désorganisation et une incohérence du discours, un déficit attentionnel, des troubles perceptifs avec des hallucinations, des troubles émotionnels, des troubles

de l'identité, un manque de motivation (aboulie), de l'agitation ou des états de stupeur et des troubles relationnels.

On distingue quatre types de schizophrénie : *La schizophrénie paranoïde* (maladie chronique) avec des idées délirantes (le délire est construit autour des idées de grandeur, de persécution et de jalousie) et des hallucinations visuelles, auditives, kinesthésiques. Le danger est perçu comme venant de l'intérieur, *la schizophrénie catatonique* avec des troubles aigus de l'activité motrice où le comportement peut être ralenti jusqu'à un état de stupeur mais peut aussi basculer soudainement dans un état d'agitation massif, *la schizophrénie désorganisée* avec des perturbations et bizarreries du comportement, un discours incohérent, des hallucinations, des affects inappropriés et des idées délirantes désorganisées et une forte logorrhée, *la schizophrénie résiduelle* avec absence de délire et d'hallucination, perte du désir et du plaisir, rapport au corps troublé, déprime, mélancolie.

Les troubles bipolaires anciennement appelés troubles maniaco-dépressifs se caractérisent par l'alternance de deux phases : une phase maniaque et une phase dépressive, la phase dépressive étant beaucoup plus longue que la phase maniaque. Ces phases apparaissent soit en réaction au stress, soit sans raison apparente et peuvent être d'intensité variable et s'entrecouper de périodes de stabilité.

En phase maniaque, le bipolaire voit son estime de soi grandie, son énergie est débordante et entraîne une recrudescence de ses activités, son temps de sommeil est réduit, ses pensées s'enchaînent rapidement, il parle beaucoup et a besoin d'un public qui l'écoute, il n'est pas capable de fixer son attention, il a une stimulation narcissique importante, il peut être amené à dépenser sans compter, avoir une sexualité débridée... il peut également connaître des idées délirantes et des hallucinations.

En phase dépressive, tout redescend subitement. Le bipolaire connaît une grande fatigue, une perte d'énergie, une perte du plaisir. Il souffre de troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) et de troubles de l'appétit, son énergie devient tyrannique et contribue à son isolement, il tombe dans la dépression, il n'arrive plus à se concentrer, à penser, il se néglige, il est mélancolique et cela le conduit à des pensées de mort et des idées suicidaires récurrentes.