

## Pour aller plus loin sur le dossier « A propos de la guérison en psychiatrie »

Dominique Friard, Infirmier de secteur psychiatrique, propose une sélection d'ouvrages pour approfondir le sujet.



### **Les mots pour le dire, de Marie Cardinal**

*Cet ouvrage aurait pu avoir comme titre : « Les chemins de la guérison ». Marie Cardinal gravit une à une les marches vers la « guérison » à raison de trois séances par semaine.*

Née en 1929, à Alger, Marie Cardinal morte à 72 ans, en 2001 est un écrivain qui a profondément influencé les femmes dans les années 70/80. Après avoir poursuivi des études de lettres et de philosophie à Alger puis à la Sorbonne, elle enseigne la philosophie en Grèce, au Portugal, en Autriche puis au Canada. Ces sept années d'enseignement s'achèvent au moment le plus fort d'une névrose qui la laisse exsangue, mangée d'angoisse avec des troubles de conversion marqués par des hémorragies continues qui l'obligent à se garnir constamment. Elle survit avec ses trois enfants en collaborant à *l'Express* puis au magazine *Elle*. Marie Cardinal débute alors une psychanalyse qui durera sept ans. Après un an d'analyse, elle publie son premier roman *Ecoutez la mer* qui obtient le prix International du premier roman. D'autres ouvrages suivront dont le sixième entièrement consacré à son analyse.

## L'analyse

*Les mots pour le dire* (1) n'est pas un livre sur la psychanalyse, c'est « l'histoire d'une femme dans laquelle la psychanalyse a une grande importance, une importance capitale même. ... Mon livre, c'est un moment dans la vie d'une femme, un roman. D'accord, j'ai vécu tout ce que vit la femme du livre, mais je l'ai vécu au jour le jour. Si j'avais pris des notes quotidiennes à cette époque et que j'ai publié ces notes une fois la psychanalyse terminée, cela aurait donné un document sur la psychanalyse. Mais ce n'est pas le cas. Longtemps après la fin de mon analyse, j'ai décidé de l'écrire, d'en faire mon sixième livre, car, entre-temps, j'étais devenue écrivain (ce qui fait de moi une femme différente de celle du livre) et c'est en écrivain que j'ai vu cette histoire, pas en témoin. » (2) Ainsi que l'écrit Marie Cardinal dans « *Autrement dit* », deux ans après la publication de ce qui est devenu un best-seller « *Les mots pour le dire* » est d'abord et avant tout un roman. Il faut le lire à haute voix pour en percevoir le style, pour prendre un peu de distance avec ce que notre émotivité nous fait prendre pour un simple témoignage. Il faut le lire de près pour en saisir toute la subtilité. La forme y épouse le fond. A la logorrhée douloureuse du début, avec ses énumérations, avec ses séries d'adjectifs qui insistent à plaisir presque sur la souffrance, qui la décortiquent comme on gratte les croûtes d'une plaie, succède le plaisir d'évoquer les situations, de les raconter. C'est à ce moment que naît l'écrivain. Cela n'est écrit nulle part dans le roman, seul l'évolution du style permet de le percevoir. Marie Cardinal se serait contentée d'écrire le journal de bord de son analyse, le livre aurait été illisible. « *Il y a des parties de mon analyse qui ont disparu et d'autres qui se sont enflées. Par exemple je n'ai pas écrit un mot des raclées que ma mère me flanquait pour un oui ou pour un non. Pourtant il en était souvent question pendant mes séances ...sans compter que le spectacle de la violence de ma mère inhibait la mienne. C'était donc important mais comme écrivain ça me barrait à écrire : ou bien c'était écrit de façon réaliste et alors ça devenait « Sans famille », ou bien je transposais ça dans le lyrisme ou la poésie et ce n'était pas dans le ton du livre que j'ai mis des années à trouver et qui m'a portée de la première à la dernière page.* » (2) C'est un écrivain donc qui fait le récit de son analyse. Ainsi l'aveu de l'avortement raté de sa mère n'a pas eu dans son analyse l'importance qu'elle a dans le livre. Les souvenirs étaient précis. La femme Marie Cardinal en avait tiré, par elle-même, toutes les conclusions possibles. « *Mais en l'écrivant, c'est devenu énorme, ça a pris une place formidable. Je me suis rendu compte en l'écrivant que ça valait toutes les raclées du monde, elle était même plus forte, elle marquait mieux le rejet de la petite fille. On était déjà loin de la vérité et pourtant on était en plein dedans. ... Quand j'écris, je pars toujours de quelque chose que je connais, que j'ai vécu, et puis ça se transforme, ça s'ouvre, ça divague, le « je » pourrait devenir un « elle », mais « elle c'est moi bien plus que « je ». « Je » est un masque.* » (2)

Lorsque le livre commence, la narratrice apparaît comme un être moralement et physiquement désemparé, au bord de la folie presque du suicide. « *Docteur, je suis malade depuis longtemps. Je me suis sauvée d'une clinique pour venir vous voir. Je ne peux plus vivre.* » Ainsi commence une aventure qui la conduira pendant sept ans, à raison de trois fois par semaine dans une ruelle en impasse auprès d'un petit docteur qui va l'aider à naître à elle-même. Au fil des séances, le lecteur remontera avec elle le chemin de la vie, dont les étapes vont s'éclairer progressivement les unes après les autres.

La théorie c'est bien mais ça n'empêche pas d'exister, disait Charcot. Un roman qui permettra à ceux qui ne sont pas prêts à s'allonger sur un divan, et qui ne le feront peut-être même jamais de percevoir comment c'est de l'intérieur parce qu'il y a une grande différence entre ceux que la psychanalyse a « guéri » d'une névrose et ceux qui savent tout de la théorie psychanalytique. On ne guérit pas réellement d'une névrose. L'épreuve

marque, elle s'insinue partout, dans chaque atome du corps, dans chaque recoin d'une pensée qui sasse et ressasse parfois. Elle naît de que nous étions. Pas question de revenir, par un coup de baguette magique à ce que nous étions avant parce que la névrose se fabrique de ce que nous étions, elle était déjà là. On ne guérit, on ne sort d'une névrose qu'en se transformant, qu'en allant retrouver ce qui nous a fabriqué être de chair et de sang, d'émotions et de rationalisme, et en l'intégrant pour le dépasser. On ne guérit d'une névrose qu'en restant celle qu'on a toujours été mais ... moins dupe des pièges de sa structure. Et parfois naît l'écrivain qui sommeillait dans un coin de la psyché.

1-CARDINAL (M), *Les mots pour le dire*, Ed. Grasset et Fasquelle, 1975.

2- CARDINAL (M), *Autrement dit*, Ed. Grasset et Fasquelle, 1977.

### ***La mécanique des fluides, de Lidia Yuknavitch***

*Les choses qui nous arrivent sont vraies. Les choses qu'on en dit sont de l'écriture. Entre ce qui arrive à Lidia et ce qu'elle en écrit se devine un parcours qui l'amène à accepter d'être ce qu'elle est.*

Il a fallu dix ans à Lidia Yuknavitch, pour émerger du chagrin d'une fille morte. Elle enseigne, aujourd'hui, l'écriture, la littérature, le cinéma et le féminisme à l'université de l'Oregon.

Elle ne connaissait pas d'autre moyen d'être dans la vie que de s'y jeter à corps perdu et ce n'est pas une métaphore de l'écrire. *« J'étais le genre de femme dont les liaisons étaient des grenades, et dont la vie était devenu une série d'accidents de voiture [ ...] Alors oui je sais combien parfois je peux paraître en colère, naïve, autodestructrice, barrée, voire pleine d'illusions en me faufilant à travers ces histoires de vie. Mais de belles choses, pleines de grâce, pleines d'espoir apparaissent de temps en temps dans les décombres. D'autre part, j'essaie de dire la « vérité » d'une femme comme moi. »*

*La mécanique des fluides* (3) n'est pas une histoire d'addictions, d'abus, de dépendance et de perte, bien que ce puisse être cela aussi. On pourrait évoquer à son endroit des mots tels qu'état-limite ou personnalité dépendante mais là n'est pas le propos du livre même s'il se lit entre les lignes. Lidia, en dehors de lieux de soins qu'elle a fréquentés pour soigner ses addictions diverses et variées, n'a jamais été hospitalisée. Aucun psychiatre n'a diagnostiqué de maladie. Elle porte une enfance marquée par la bipolarité de sa mère et la violence d'un père probablement incestueux. Guérit-on de son enfance ? Peut-être oui. C'est au fond l'histoire que narre Lidia, les chemins qui vont lui permettre d'inventer une histoire avec laquelle elle pourra vivre. Sa vie en dépendait. *« Même si je reconnais que ma résurrection et ma transformation sont un peu étranges, je peux le dire dans une phrase aujourd'hui : ma mère ne m'a pas protégée. En tant que fille, je suis morte. Et donc quand mon enfant est mort dans la matrice mienne, c'était comme si j'avais fait la même chose. J'avais tué une fille que j'avais l'intention d'aimer. »*

Evidemment je commence par la fin. Par le point d'arrivée.

D'abord la naissance de sa fille, morte avant de naître. En écho à sa propre naissance. Puis la vie qui se reconstruit petit à petit. La mère qui a une jambe plus courte que l'autre, la mère qui claudique dans la vie aussi, la mère qui boit, la mère qui vend des maisons, la mère résignée à la violence du père. Sa sœur plus âgée qui quitte la maison quand elle a dix ans. L'écriture déjà. A sa sœur partie. Et puis l'eau, la natation où elle se

sent libre. Le père ne sait pas nager. Au moins, dans l'eau, il ne viendra pas la chercher. « Parfois je me dis que j'ai toujours été une nageuse. Tout ce que ma mémoire a amassé s'enroule comme l'eau autour des événements de vie. Ou peut-être tout ce qui a pu m'arriver je le comprends mieux si je me le représente dans un immense bassin bleu-vert javellisé. » Elle part à son tour. A Lubbock, Texas. A l'université. Avec une bourse sportive. « Le jour j'allais à l'entraînement de natation à 5 h 30, je petit-déjeunais à 7 heures, j'allais en classe de 10 heures à 15 heures, à la musculation à 15 h30, à la piscine à 16 h 30 et je dinais à 19 heures chaque jour sauf le dimanche, avec une bande de nageuses sexy et la nuit nous appartenait. » C'est ainsi qu'on fabrique les championnes. Elle s'y trouve, elle s'y perd. Les toxiques colonisent petit à petit sa vie. Elle est virée de l'université. Elle se marie, est malheureuse, mais au fond n'en a cure. N'est-ce pas cela la vie? Elle décide, un jour, de participer au projet d'écriture collectif de Ken Kesey, l'auteur culte de Vol au-dessus d'un nid de coucous. Et là, insidieusement au départ, quelque chose se met à changer. Elle naît à l'écriture comme on naît à la natation, comme on retourne à la vie. « J'ai peut-être été complètement nulle pour fonder un foyer, mais j'ai inventé une façon de faire autre chose à la place. Hors de ma vie sordide et merdique, j'ai construit une maison-de-mots. » Des mots qui aident à se reconstruire. Derrière toute résurrection, toute guérison, existe un récit, une histoire, qui soigne tout autant que les péripéties qui mènent à la guérison.

Une très belle écriture qui rit parfois de se voir si belle en ce miroir.

3- YUKNAVITCH (L), *La mécanique des fluides*, trad. MILAN (G-J), Denoël & d'ailleurs, 2014.

### ***Illusions et désillusions du travail psychanalytique, d'André Green***

*On peut penser la « guérison », ou les conditions de la guérison, à partir de nos échecs ou des évolutions décevantes. C'est ce que nous propose le psychanalyste André Green.*

Le psychanalyste André Green débute un ouvrage (4) qui est la somme de cinquante années de pratique de la psychanalyse par la célèbre phrase d'Ambroise Paré : « Je le pensai, Dieu le guérit. » Il précise qu'il faut beaucoup de qualités pour réussir à lever les obstacles qui ont entravé le développement personnel d'un patient, « mais hélas, j'ai connu plus souvent que je ne l'aurais souhaité des évolutions décevantes, soit que je n'aie pas su en prévenir l'issue, soit que je n'aie pas pu en inverser le cours vers une meilleure direction. » Face à l'échec ou aux évolutions décevantes, différentes attitudes sont possibles : les mettre sous le tapis et n'en plus parler, faire comme si elles n'existaient pas ou comme Green rassembler les idées que l'on peut retenir de ces expériences, et s'en servir pour améliorer la pratique.

Pourquoi évoquer les échecs (ou des évolutions décevantes) dans une réflexion consacrée à la guérison ? On apprend souvent davantage de ce qui n'a pas marché que de ce qui a fonctionné comme des roulettes. L'échec pose des questions à la pratique, à l'analyste (ou au soignant) que ne pose pas la réussite. L'échec est l'envers de la guérison. Les forces qui convergent vers une analyse ratée auraient tout aussi bien pu se mobiliser pour une réussite.

Green définit ce qu'est pour lui une analyse réussie : « la variété, la diversité et la richesse des investissements, avec une priorité pour les relations avec autrui, l'absence de rigidité des fixations et des défenses, la souplesse et la mobilité du fonctionnement psychique, la capacité d'aimer et aussi de haïr sans se laisser déborder par une attitude passionnelle, la possibilité d'investir positivement les deux imagos parentales ainsi que les proches, un partage pas trop conflictuel entre aimer et travailler, la possibilité, quand les circonstances l'exigent, de faire un deuil sans que celui-ci devienne interminable, la faculté de supporter

*les déceptions et les frustrations, ainsi que la reconnaissance du privilège d'aimer.* » Ouf ! On comprend que l'analyste (tout comme le soignant) connaisse quelques désillusions. Green précise aussitôt avec un certain humour : « *Qui pourrait prétendre se rapprocher d'un tel idéal ? Nous n'avons accepté de citer ses traits qu'en étant bien conscient qu'aucun être humain ne saurait les posséder sans faille et dans leur totalité.* » Nous pourrions nous estimer satisfaits si les patients que nous suivons se rapprochent, peu ou prou, de cet idéal. Ce pourrait être même un outil qualitatif d'évaluation dynamique de notre travail commun.

Il fait donc avancer la théorie analytique, à partir de l'épreuve de l'échec thérapeutique et des désillusions de la cure. Cette démarche inhabituelle s'avère finalement très riche. A partir d'expériences « négatives » tirées de sa longue expérience et de celles de collègues, il propose une vaste investigation clinique qui enrichit la réflexion sur la psychanalyse. Un important chapitre examine la nature des apports de la pensée lacanienne sur le langage. Il insiste notamment sur l'importance du cadre qu'il faut interpréter. Il aborde, entre autres, la problématique de la réaction thérapeutique négative, celle de l'échec, le travail du négatif et les modifications du moi. La seconde partie, tout à fait passionnante, est consacrée à l'étude clinique de quelques évolutions décevantes. On y découvre un psychanalyste modeste, qui avance pas à pas, qui reconnaît ses à-peu-près et accepte d'apprendre de ses erreurs.

*« Ce qui me frappe aujourd'hui, c'est que ces cas n'ont jamais manqué dans la série des analysants que j'ai traités, depuis le début de ma pratique jusqu'à aujourd'hui. J'espère seulement être à présent un peu moins maladroit ou moins impatient. Non que je réussisse aujourd'hui là où j'ai échoué hier ; mais j'ai l'impression de mieux comprendre la raison d'être de certaines angoisses, comme la nécessité de certaines défenses, chez des personnes qui paraissent ne pas pouvoir prendre le risque d'un changement qui les exposerait dangereusement. J'espère seulement que mon expérience aidera d'autres analystes à éviter certaines erreurs ou même certaines illusions. »*

4- GREEN (A), *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*, Odile Jacob, Psychologie, Paris 2013.

## ***La question de la structure***

*Quelques auteurs qui ont fait avancer par leurs travaux les questions soulevées par la guérison.*

Georges Canguilhem a consacré sa thèse aux concepts de normal et de pathologique. Il se demande si « pathologique » est un concept identique à celui d'anormal, s'il est le contraire ou le contradictoire du « normal » ? « Normal » est-il identique à sain ? « *On a souvent noté l'ambiguïté du terme normal qui désigne tantôt un fait capable de description par recensement statistique –moyenne des mesures opérées sur un caractère présenté par une espèce et pluralité des individus présentant ce caractère selon la moyenne ou avec quelques écarts jugés indifférents –et tantôt un idéal, principe positif d'appréciation, au sens de prototype ou de forme parfaite. [...] Dans une telle vue, le singulier, c'est-à-dire l'écart, la variation, apparaît comme un échec, un vice, une impureté [...] Le problème théorique et pratique devient donc d'étudier « les rapports de l'individu avec le type ». Ce rapport paraît être le suivant : « La nature a un type idéal en toute chose : c'est positif ; mais ce type n'est jamais réalisé. S'il était réalisé, il n'y aurait pas d'individus, tout le monde se ressemblerait [...] On peut donc conclure ici que le terme de « normal » n'a aucun sens absolu ou essentiel.* » (5)

On repère, en suivant Canguilhem, trois principaux modèles de normalité : statistique, idéale et fonctionnelle.

La normalité statistique assimile norme et fréquence. Dans cette optique, les individus normaux sont les individus « moyens », les individus qui dévient de la moyenne sont considérés comme pathologiques. S'il est possible d'établir les valeurs « normales » d'une glycémie dans une population donnée, il est moins évident de quantifier objectivement un comportement. L'utilisation de ce concept en psychiatrie se heurte à plusieurs obstacles dont celui du caractère arbitraire du choix d'une limite précise dans la distribution continue d'un phénomène psychologique. Peut-on définir statistiquement ce qu'est un deuil « normal » et à partir de quand parle-t-on de deuil « pathologique » ? Un deuil ne serait pathologique que s'il dépasse la durée moyenne du travail de deuil normal ? Il suffit de faire varier, à la marge, la norme pour précipiter un grand nombre d'individus dans la pathologie. La création d'un code diagnostique mondialisé et systématisé dont les données sont établies sur un mode statistique (les DSM), recueillies auprès de psychiatres dont sont décomptés les avis et opinions, suscite des controverses sans fin.

La normalité idéale désigne une perfection à laquelle on aspire. Dans cette conception normative, tout comportement qui n'obéit pas soit aux règles éthiques, soit aux institutions sociales est considéré comme pathologique. Cette assimilation de l'équilibre psychologique au conformisme social est des plus discutables. Faire du normal un processus d'adaptation aux normes du milieu revient à privilégier un état d'acceptation, de conformisme, voire de soumission aux exigences du milieu. Une personne « normale » serait celle qui saurait s'adapter à son milieu, donc « équilibrée », puisque bien adaptée. L'adaptation au milieu constitue une nécessité pour la survie, à condition que l'individu puisse concilier ses propres exigences avec celles du milieu.

*« ... La vie à l'état pathologique n'est pas absence de normes mais présence d'autres normes. [...] La maladie, l'état pathologique ne sont pas perte d'une norme mais allure de vie réglée par des normes vitalemment inférieures ou dépréciées du fait qu'elles interdisent au vivant la participation activé et aisée, génératrice de confiance et d'assurance, à un genre de vie qui était antérieurement le sien et qui reste permis à d'autres. [...] La santé est précisément chez l'homme une certaine latitude, un certain jeu des normes de la vie et du comportement. Ce qui la caractérise, c'est la capacité de tolérer des variations des normes auxquelles seule la stabilité, apparemment garantie et en fait nécessairement précaire, des situations et du milieu confère une valeur trompeuse de normal définitif. »(5)*

La normalité fonctionnelle correspond à l'état qui paraît le plus approprié à un individu en fonction de ses caractéristiques psychiques propres. Il ne s'agit pas dans cette conception de tout relativiser, en postulant qu'il n'y a pas de frontières entre normal et pathologique. La santé et la maladie ne s'inscrivent pas dans un continuum où personne n'est vraiment en bonne santé, ni totalement malade. La psychanalyse permet d'édifier une approche générale qui récuse une normalité totale, absolue, sans conflit. Cette conception s'appuie sur le constat des différences quantitatives entre normal et pathologique. Elle reste acceptable du point de vue d'une analyse centrée sur l'espèce. D'un individu à l'autre, on pourra voir autant de formes de passage entre les unes et les autres. Si cette optique fait tomber l'illusion d'une normalité idéale, elle présente le risque d'éluder une autre question : « Qu'est-ce que la santé ou la maladie pour l'individu, quel en est son éprouvé ? » On nierait ainsi la subjectivité du vécu de la maladie, la capacité pour un sujet d'opérer la distinction santé-maladie du point de vue de ses propres normes. Ainsi définie, la normalité est identifiée à l'épanouissement psychologique et au fonctionnement optimal des diverses composantes de la personne.

Une personne qui souffre de schizophrénie pourra, malgré sa maladie avérée, être considérée comme normale si elle peut vivre avec une qualité de vie satisfaisante. Cette normalité fonctionnelle est à la base des travaux sur le rétablissement (ou recouvrance). Le but des soins en psychiatrie n'est pas de permettre au patient de retrouver une normalité statistique ou idéale mais de favoriser une normalité fonctionnelle.

### **Personnalité normale et pathologique**

Le psychanalyste, Jean Bergeret, a repris les différents travaux traitant de la dialectique normalité-pathologie.(6) Il note qu'avant Freud on divisait les humains en deux grandes catégories psychiques : les « normaux » et les malades mentaux (dans lesquels on rangeait en bloc névrotiques et psychotiques). Freud a montré qu'il n'existait aucune solution de continuité entre certains fonctionnements mentaux définis comme normaux et le fonctionnement névrotique. Tous les degrés existent et les mécanismes demeurent, en gros, les mêmes ; seule l'adéquation et la souplesse du jeu de ces mécanismes diffèrent.

Dans ses « Nouvelles conférences sur la psychanalyse » (7), Freud écrit que si nous laissons tomber à terre un bloc de minéral sous forme cristallisée, il se brise. Il ne le fait pas d'une façon quelconque mais selon des lignes de clivage dont les limites et les directions bien qu'invisibles extérieurement jusque-là, se trouvaient déjà déterminées de façon originale par la forme préalable du cristal. Il en irait de même pour la structure psychique. Peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tous premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes et des pulsions du « ça » et de la réalité, peu à peu le psychisme individuel s'organise, se « cristallise » tout comme un corps chimique complexe, tout comme un cristal, avec des lignes de clivage originales et ne pouvant varier par la suite.

On aboutirait ainsi à une véritable structure stable dont les deux modèles spécifiques sont la structure névrotique et la structure psychotique.

Tant qu'un sujet répondant à l'une ou l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves, intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou à des conflits trop intenses il ne sera pas « malade » pour autant, le « cristal » tiendra bon. Mais si, à la suite d'un événement quelconque, le « cristal » vient à se briser, cela ne pourra s'effectuer que selon les lignes de force (et de rupture) préétablies dans le jeune âge. Le sujet de structure névrotique ne pourra développer qu'une névrose et le sujet de structure psychotique qu'une psychose.

De la même façon, inversement, pris en traitement à temps et correctement soigné, le premier sujet ne pourra se retrouver en bonne santé qu'en tant que structure névrotique à nouveau bien compensée, et le second qu'en tant que structure psychotique à nouveau bien compensée.

Le terme de normalité serait ainsi réservé à un état d'adéquation fonctionnelle heureuse au sein seulement d'une structure fixe, qu'elle soit névrotique ou psychotique, alors que la pathologie correspondrait à une rupture d'équilibre au sein d'une même lignée structurelle. Le soin, à partir de cette conception aurait pour but de permettre à la personne de retrouver un équilibre au sein de sa lignée structurelle.

Bergeret différencie ces *structures* des simples *organisations* moins solides qui luttent à tout moment contre la dépression grâce à des « ruses » caractérielles ou psychopathiques. En cas de traumatisme affectif plus ou moins aigu, ces organisations

peuvent soit (le plus habituellement) sombrer dans la dépression, soit, parfois, évoluer vers une structuration plus solide et plus définitive de type névrotique ou psychotique. *« Mais en dehors de tels accident affectifs leur état courant ne peut sans restriction être appelé « normal », car il semble correspondre à une défense énergétique psychique beaucoup trop importante et beaucoup trop coûteuse sur le plan des contre-investissements exigés pour rassurer le narcissisme. »*(6)

A la normalité classique, Bergeret rajoute une « pseudo-normalité » marquée par une défaillance narcissique et par l'échec de la répartition entre investissements narcissiques et objectaux. Ces personnalités « pseudo-normales » ne correspondent pas à des structures profondes, stables et définitives, de mode psychotique ou névrotique. Elles ne sont pas structurées dans un sens ou dans un autre. Elles sont constituées, de façon parfois durable, mais toujours précaire par des aménagements divers qui les contraignent, afin de ne pas décompenser dans la dépression à jouer aux gens normaux, souvent même à « l'hypernormal ».

*« Le véritable « bien-portant » n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectif héréditaire ou acquis, à ses facultés personnelles défensives ou adaptatives, et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaire et secondaire sur des plans tout aussi personnels que sociaux en tenant un juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement « anormales ». »* (6) Pour le clinicien, cette façon de concevoir la normalité, entraîne un certain nombre de prudenances. Le symptôme n'est jamais névrotique ou psychotique en soi. Des phobies se rencontrent en dehors de toute névrose et des expériences de dépersonnalisation en dehors d'une psychose. On parlera de symptôme d'allure (de mode, de lignée) psychotique ou névrotique. Le symptôme ne permet jamais à lui seul de préjuger d'un diagnostic quant à l'organisation profonde de la personnalité. Il en va de même en ce qui concerne les mécanismes de défense.

5- CANGUILHEM (G), *La connaissance de la vie*, Vrin, 1970.

6- BERGERET (J), *La personnalité normale et pathologique*, Dunod, Paris, 1996, 3<sup>ème</sup> Ed.

7- FREUD (S), *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Idées, Gallimard, 1971.