SAM 4450

SÉMINAIRE DE CAS CLINIQUE 1

RECUEIL DE TEXTES

Sous la direction de
Yves Lecomte

UNIVERSITÉ TÉLUQ

SAM 4450

SÉMINAIRE DE CAS CLINIQUE I

RECUEIL DE TEXTES

Sous la direction de
Yves Lecomte

Université TÉLUQ
Université du Québec
Québec (Québec) Canada
2017

Direction pédagogique	Yves Lecomte
Participation à la conception	Grégoire Tremblay Bernard St-onge Martin Rouleau Suzane Renaud
Conception et rédaction	Yves Lecomte
Révision linguistique	UER SHLC

Ce document est utilisé dans le cadre du cours *Séminaire de cas clinique I* (SAM 4450) offert par l'Université TÉLUQ.

Tous les droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sont réservés.

© Télé-Université, Université du Québec à Montréal, 2002, 2009
© Université TÉLUQ, 2017

ISBN 978-2-7624-2591-8 (3e édition)

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Édité par :

Université TÉLUQ
Université du Québec
455, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H6
Canada

Table des matières

INTRODUCTION **7**

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 1 :
LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Texte d'introduction de la section 1 ..... **11**

Texte 1 Troubles de la personnalité in DSM-5 17

Texte 2 Le trouble de la personnalité selon l'approche psychodynamique 25

SECTION 2 :
LA THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE

Texte d'introduction de la section 2 ..... **31**

Texte 3 Le diagnostic structural des états-limites 53

Texte 4 A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders 89

Texte 5 Object Relations, Affects, and Drives: Toward a new Synthesis 115

Texte 6 Les cinq concepts diagnostiques de Kernberg : l'épreuve de réalité, l'intégration versus la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi 133

CHAPITRE 2
LA FORMULATION DE CAS

Texte d'introduction du chapitre 2 ..... **145**

Texte 7 Creating a psychodynamic formulation from a clinical evaluation 153

Texte 8 Patient Assessment 161

Texte 9 Évaluation des troubles de personnalité du DSM-5 193

Texte 10 Évaluation de l'épreuve de réalité 207

Texte 11 Évaluation de l'intégration par opposition à la diffusion de l'identité 215

Texte 12 Évaluation des mécanismes de défense 227

Texte 13 Évaluation des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi et de l'intégration du surmoi 253

Texte 14 Indices d'angoisse, d'enjeux relationnels et autres manifestations cliniques selon le type de personnalité 257

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

Texte d'introduction du chapitre 3 ..... **265**

SECTION 3 :
LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE

Texte 15 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, APA, Washington, 399-411

Texte 16 Drive, Affect and Temperament in Paranoid Personalities 271

SECTION 4 :
LA PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

Texte 17 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, APA, Washington, 411-422

Texte 18 Schizoid Personalities 297

SECTION 5 :
LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE

Texte 19 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, APA, Washington, 411-422

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

Texte d'introduction du chapitre 4 321

SECTION 6 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Texte 20 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Antisocial dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 515-543

Texte 21 Drive, Antisocial Personality 327

SECTION 7 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

Texte 22 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Borderline dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 427-479

SECTION 8 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE

Texte 23 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Hysterical and Histrionic dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 545-576

Texte 24 Drive, Hysterical (Histrionic) Personalities 353

SECTION 9 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

Texte 25 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Narcissistic dans Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, APA, Washington, 481-514

Texte 26 Drive, Affect and Temperament in Narcissistic Personality 379

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

Texte d'introduction du chapitre 5 403

SECTION 10 :
LA PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

Texte 27 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Obsessive-compulsive dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 577-591

Texte 28 Obsessive and Compulsive Personalities 409

SECTION 11 :
LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

Texte 29 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Dependant dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 597-604

SECTION 12 :
LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Texte 30 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Avoidant dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 592-597

CHAPITRE 6
LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Texte d'introduction du chapitre 6 439

SECTION 13
LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE-NARCISSIQUE

SECTION 14
LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE-SCHIZOÏDE

SECTION 15
LA PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE-HYSTÉRIQUE

SECTION 16
LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE-NARCISSIQUE

Note. – Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Introduction

Présenter un cours sur les troubles de la personnalité peut sembler hasardeux à cause de la complexité du sujet mais aussi à cause de la production scientifique réalisée sur cette problématique. La consultation de la librairie virtuelle Amazon, du moteur de recherche Google et de la banque de données Medline indique des milliers de références bibliographiques pour les mots « personality disorders ». Et au moment où vous lirez ces lignes, le nombre sera encore plus élevé. Le thème suscite donc un immense intérêt chez les cliniciens, les chercheurs, les usagers et provoque une production intellectuelle sans commune mesure.

Au contraire répliqueront d'autres. Réaliser un tel cours est facile car n'a-t-on pas l'embarras du choix des textes. Ce n'est pas si sûr car comment choisir le matériel pédagogique le plus pertinent pour l'apprentissage? Comment offrir un cours qui à la fois soit original et facilite l'apprentissage de notions complexes? La difficulté de l'originalité n'est-elle pas parfois inversement proportionnelle à la quantité de documents disponibles! Nous pensons que la réponse se trouve dans le travail clinique réalisé dans les Centres intégrés de Santé et de Services sociaux (CISSS), et dans la manière dont les cliniciens abordent l'évaluation des personnes qu'ils rencontrent. C'est le modèle d'apprentissage dont s'inspire ce cours.

L'objectif du cours est l'apprentissage de l'évaluation, dans le cadre d'une entrevue clinique, des personnes souffrant de troubles de la personnalité; le traitement de ces troubles n'est pas abordé dans le cours. L'entrevue clinique permet de recueillir une certaine quantité d'informations à partir desquelles une impression diagnostique de même qu'une hypothèse psychodynamique sont formulées. Pour faciliter ces deux buts, il faut un cadre qui structure l'ensemble des informations, souvent éparses et en apparence non reliées, fournies par la personne durant l'entrevue.

Ce cadre est le « case formulation » ou la formulation de cas. Selon Eells (1997)[1], la formulation de cas est définie comme une hypothèse sur les causes, les facteurs précipitants et les circonstances qui influencent et maintiennent les problèmes psychologiques, les problèmes interpersonnels et les troubles de comportement de la personne. Par cette formulation, qui peut évidemment varier selon l'orientation du thérapeute, celui-ci organise les informations complexes et souvent contradictoires fournies par la personne et offre une structure qui permet de mieux comprendre la dynamique de celle-ci.

Une formulation de cas nécessite trois éléments :

1. une connaissance des problèmes (troubles) de la personne;
2. une théorie dont découle une hypothèse explicative; et
3. une connaissance des causes, des facteurs et des circonstances reliés entre eux.

Le *premier élément* de la formulation de cas, la nature des troubles de la personnalité, est abordé dans la section 1 du chapitre 1. Grâce à des textes et à une entrevue réalisée avec le docteur Suzane Renaud, psychiatre, vous apprendrez comment les conceptions de la personnalité et de leurs troubles ont évolué au cours des ans. Vous y verrez aussi l'orientation diagnostique dominante des troubles de la personnalité dans le milieu psychiatrique, celle du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), maintenant à sa cinquième version (DSM-5). Le

1. Eells, T.D., 2007, History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation in *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*, Second Edition, Guilford press, 3-32.

DSM-5 recense 10 troubles de la personnalité regroupés sous trois grandes classes de personnalité :

1. les personnalités excentriques et bizarres (paranoïde, schizoïde et schizotypique);
2. les personnalités dramatiques, émotionnelles ou erratiques (narcissique, antisociale, histrionique et *borderline*); et
3. les personnalités anxieuses et peureuses (obsessionnelle, dépendante et évitante).

Le *deuxième élément* de la formulation de cas, la théorie, se retrouve dans la section 2 du chapitre 1. Actuellement, dans le milieu psychiatrique, deux orientations majeures se dégagent dans la compréhension dynamique et l'intervention : l'orientation cognitive et l'orientation psychodynamique influencée par les concepts psychanalytiques. Dans ce cours, la théorie analysée est psychodynamique et s'inspire particulièrement de la conception de Kernberg avec laquelle vous vous familiariserez à l'aide de textes et d'une entrevue.

Enfin, le *troisième élément*, « les causes, les facteurs précipitants et les circonstances », est abordé dans les chapitres 3, 4 et 5 avec les 10 entrevues audio illustrant chacune un trouble de la personnalité. En écoutant ces entrevues, vous vous sensibiliserez à l'entrevue clinique, au contenu individualisé des troubles de la personnalité et à la singularité des personnes présentées pour chacun des troubles.

Le chapitre 2, la formulation de cas, présente divers textes sur le contenu théorique de cette formulation et les manières de la réaliser. Dans ce cours, nous présentons un modèle de formulation de cas un peu différent de ceux qui sont présentés dans le chapitre 2, et qui s'inspire de celui qui est développé dans les CISSS. Ce modèle comporte quatre étapes :

1. l'identification et la présentation du problème et des antécédents;
2. l'anamnèse;
3. les hypothèses psychodynamiques; et
4. le diagnostic principal et différentiel.

Ces quatre étapes sont finalement résumées dans un rapport écrit.

Pour vous permettre d'apprendre comment se réalise concrètement une telle formulation, trois des dix entrevues sont analysées en profondeur par un clinicien expert. Ces analyses illustrent ainsi les diverses étapes du modèle de formulation de cas et démontrent comment les données individuelles sont intégrées dans une formulation de cas.

Enfin, le chapitre 6 présente les diagnostics différentiels, c'est-à-dire les personnes qui présentent un trouble de la personnalité associé à un autre ou à de nombreux traits d'autres troubles. Ce tableau clinique est l'occasion d'approfondir les problèmes de diagnostic différentiel.

En terminant, nous espérons que vous serez sensible à la souffrance des personnes que nous avons rencontrées. Nous tenons à les remercier d'avoir si chaleureusement accepté de témoigner de leurs difficultés relationnelles.

Bonne lecture et bonne écoute.

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 1 :
LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Texte d'introduction de la section 1 11

Texte 1 Troubles de la personnalité in DSM-5 17

Texte 2 Le trouble de la personnalité selon l'approche psychodynamique 25

SECTION 2 :
LA THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE

Texte d'introduction de la section 2 31

Texte 3 Le diagnostic structural des états-limites 53

Texte 4 A psychoanalytic Theory of Personality Disorders 89

Texte 5 Object Relations, Affects, and Drives: Toward a new Synthesis. 115

Texte 6 Les cinq concepts diagnostiques de Kernberg : l'épreuve de réalité, l'intégration versus la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi 133

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 1
LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Présentation

La section 1 aborde le processus d'évaluation des troubles de la personnalité. Ce processus repose sur deux axes : le repérage des troubles (le diagnostic) et la compréhension de la dynamique sous-jacente (l'interprétation). Les textes de cette section 1 établissent des critères (DSM-5) pour évaluer les différents troubles de la personnalité. Ils expliquent aussi comment l'approche psychodynamique conçoit ces troubles.

Le champ des troubles de la personnalité repose sur plusieurs concepts dont plusieurs peuvent sembler imprécis ou ont évolué au fil du temps, les rendant parfois difficiles à comprendre. Il s'avère important de définir certains d'entre eux, qui sont employés à l'intérieur de la présente section et tout au long du cours.

Selon le Petit Robert (2017), le terme personne (1180; lat. *persona*), mot d'origine étrusque, signifie littéralement « un masque de théâtre » utilisé par des acteurs pour personnifier des individus. En ce sens, le mot personne désigne un être humain parmi d'autres. Pour sa part, le terme personnalité (1495; lat. *personalitas*, de *personalis*) fait référence au mot personnel qui renvoie à ce qui est individuel, particulier, bref, à ce qui appartient à une personne et la caractérise par rapport à d'autres. La personnalité désigne alors la fonction par laquelle un individu conscient est en mesure de se saisir comme un moi, comme un sujet unique et permanent.

Concrètement, on définit la personnalité comme l'ensemble des comportements, pensées, affects et modes d'adaptation psychologique qui caractérisent d'une manière distinctive et durable le fonctionnement usuel d'un individu. Selon les caractéristiques possédées, une personne peut ressembler à une autre personne sur certains points tout en s'en différenciant sur d'autres. C'est à partir d'un ensemble de caractéristiques communes à certaines personnes qu'il a été possible d'établir les catégories du DSM qui définissent des troubles de personnalité distincts. Cependant, on convient qu'il n'y pas deux personnes pareilles même à l'intérieur d'une même catégorie de troubles de personnalité. C'est d'ailleurs ce qui rend difficile la tâche de bien définir le type de trouble de personnalité que présente une personne.

La personnalité est composée de deux dimensions à savoir le tempérament qui représente la part innée ou héréditaire (complexe psychophysiologique) et le caractère, qui est la part acquise (apprentissage psychosocial). Le débat entre l'inné et l'acquis fait rage depuis les débuts de la philosophie. De nos jours, il est toujours difficile de pouvoir distinguer dans un trouble de la personnalité ce qui tient de l'inné ou de l'apprentissage.

Le DSM et le trouble de la personnalité

Auparavant, l'évaluation des troubles de la personnalité était effectuée au gré des cliniciens provenant de diverses approches. Aujourd'hui, dans le monde occidental, la détermination des

troubles de la personnalité passe nécessairement par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), outil développé par l'American Psychiatric Association. Conviviale et athéorique, cette approche a été conçue afin que l'ensemble des cliniciens puissent parler un même langage et éviter ainsi la confusion entre les diverses conceptions liées à chaque approche. Si ce système s'avère pratique, il présente néanmoins certaines limites et faiblesses, que nous allons décrire ici avec la présentation des idées principales du DSM.

En 2013, l'American Psychiatric Association a adopté la cinquième version de son manuel diagnostique, le DSM-5. Le DSM est un système catégoriel, c'est-à-dire un système qui décrit les critères généraux qui permettent l'inclusion ou l'exclusion d'une personne dans un trouble. Ces critères sont eux-mêmes définis par des traits. En ce sens, le DSM se base sur la présence de symptômes et de conduites symptomatiques pour établir le diagnostic. Le DSM parle de critères polythétiques. Ce terme signifie que pour recevoir le diagnostic d'un trouble, la personne doit présenter un nombre minimal de critères descriptifs de ce trouble.

Ce système classificatoire suppose :

1. l'homogénéité des personnes qui font partie d'une même catégorie;
2. des frontières clairement définies entre les catégories;
3. une exclusion mutuelle des catégories.

Ce système repose sur les deux postulats suivants : chaque catégorie est complètement différente des autres catégories; tous les individus inclus dans une catégorie sont semblables selon tous les aspects importants de cette catégorie. Bien que le DSM soit universellement utilisé, il ne respecte pas encore ces postulats. En effet, l'expérience clinique ne cesse de démontrer des exceptions à ces règles catégorielles. Par exemple, tel individu présentera des traits de personnalité en quantité suffisante pour répondre aux critères de plusieurs troubles alors qu'un autre présentera des traits de personnalité liés à un trouble mais en quantité insuffisante pour répondre aux critères de ce trouble. Dans le premier cas, on parlera d'un trouble mixte de la personnalité ou non spécifié, alors que dans l'autre, on parlera plutôt de traits de personnalité et non d'un trouble comme tel.

L'approche catégorielle est le modèle de pratique clinique. Mais, le DSM-5 propose un autre modèle dimensionnel qui est un modèle de recherche. Nous n'abordons pas dans ce cours ce modèle, se concentrant sur la pratique clinique.

Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité selon le DSM? Le DSM-5 définit le trouble de personnalité comme « un mode durable de conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source de souffrance ou d'une altération du fonctionnement » (DSM-5, page 759). Les comportements sont observés dans quatre champs et pour conclure à un trouble de la personnalité, il faut retrouver des manifestations dans au moins deux de ces champs.

1. La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
2. L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité, et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
3. le fonctionnement interpersonnel
4. le contrôle des impulsions

Le DSM-5 recense 10 troubles de la personnalité regroupés selon trois dimensions :

- dimension bizarre et excentrique
  a) la personnalité paranoïde (caractérisée par une méfiance et une suspicion généralisée avec une interprétation des comportements comme malveillants);
  b) la personnalité schizoïde (caractérisée par le détachement des relations sociales et une expression émotive réduite);
  c) la personnalité schizotypique (caractérisée par un sentiment d'inconfort aigu dans les relations intimes, par des distorsions cognitives ou perceptuelles, et par des excentricités dans le comportement);
- dimension dramatique, émotionnelle ou erratique
  a) la personnalité antisociale (caractérisée par l'irrespect et la violation des droits des autres);
  b) la personnalité borderline (caractérisée par l'instabilité dans les relations interpersonnelles, dans l'image de soi, dans les affects et par une impulsivité notable);
  c) la personnalité histrionique (caractérisée par une émotivité excessive et par une recherche de l'attention);
  d) la personnalité narcissique (caractérisée par la grandiosité, le besoin d'admiration et le manque d'empathie);
- dimension anxieuse et peureuse
  a) la personnalité évitante (caractérisée par l'inhibition sociale, des sentiments d'inadéquation et par une hypersensibilité à l'évaluation négative).
  b) la personnalité dépendante (caractérisée par un comportement de soumission et qui « s'accroche » à cause d'un besoin excessif d'être pris en charge);
  c) la personnalité obsessionnelle-compulsive (caractérisée par une préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle).

Le DSM-5 ajoute deux autres catégories générales de trouble de la personnalité :

- la modification de la personnalité due à une autre affection médicale « est une perturbation persistante de la personnalité » « due aux effets psychologiques directs d'une autre affection médicale »

- Autre trouble de la personnalité spécifié et non spécifié. Le qualificatif choisi dépend de deux situations cliniques rencontrées : 1) « le type de personnalité du sujet répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits appartenant à plusieurs troubles de la personnalité sont présents mais l'ensemble des critères pour l'un quelconque des différents troubles spécifiques de la personnalité ne sont pas réunis »; 2) « l'individu a un type de personnalité qui répond aux critères généraux de la personnalité mais on considère qu'il a un trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification du DSM-5 »

Le DSM-5 compte aussi une catégorie nommée trouble de la personnalité non autrement spécifié pour les situations suivantes :

1. Le type de personnalité observé obéit aux critères généraux d'un trouble de la personnalité, et des traits de différents troubles de la personnalité sont présents (trouble mixte), mais les critères spécifiques d'un des 10 troubles de la personnalité ne sont pas remplis.
2. Le type de personnalité observé obéit aux critères généraux d'un trouble de la personnalité, mais le trouble ne fait pas partie de la classification du DSM-5.

En résumé, les troubles de la personnalité font l'objet d'intenses recherches dans le milieu scientifique pour mieux les déceler et les décrire. Le DSM-5 permet un échange convivial entre les différents intervenants appelés à travailler avec des personnes souffrant d'un trouble de personnalité. Il permet aussi d'établir des critères clairs quant aux traits de personnalité à évaluer mais certes, il ne couvre pas l'ensemble des phénomènes qui sont observés dans le milieu clinique. Rappelons que pour établir un diagnostic de trouble de la personnalité, on doit retrouver des traits de personnalité en quantité suffisante et ces traits sont stables, durables et rendent compte d'une détresse subjective et d'une dysfonction dans plusieurs domaines de la vie.

Nous invitons enfin à lire attentivement le texte 1 et à visionner la vidéo pour connaître l'évolution des diverses conceptions de la personnalité et les autres modèles explicatifs actuels : dimensionnel, interpersonnel, cognitif, analytique, biologique et évolutif. Nous incluons un autre texte (texte 2) que nous avons rédigé. Ce texte introduit à une conception psychodynamique de la personnalité, alors que le DSM-5 a une conception athéorique du trouble de personnalité.

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 1 :
LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Lectures obligatoires

Texte 1 Troubles de la personnalité in DSM-5

Texte 2 Le trouble de la personnalité selon l'approche psychodynamique

Vidéo

Entrevue avec Suzanne Renaud

Texte 1
Troubles de la personnalité in DSM-5

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2015,
Elsevier/Masson, pages 759-763.

Troubles de la personnalité

Ce chapitre débute par une définition générale d'un trouble de la personnalité qui s'applique à chacun des dix troubles spécifiques de la personnalité. Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.

Quel que soit le processus de revue en cours, particulièrement à ce niveau de complexité, différents points de vue se font jour et un effort a été accompli pour les rendre mutuellement compatibles les uns avec les autres.

Les troubles de la personnalité figurent dans deux sections distinctes du DSM-5, les sections II et III. Figure dans la section II une mise à jour du texte correspondant aux critères présents dans le DSM-IV-TR, alors que la section III contient le modèle de recherche proposé pour le diagnostic de trouble de la personnalité et la conceptualisation développée par le groupe de travail sur la personnalité et les troubles de la personnalité. Dans la mesure où ce champ de recherches évolue, nous espérons que les deux versions seront utiles tant pour la pratique clinique que pour les initiatives de recherche.

Les troubles de la personnalité suivants figurent dans ce chapitre.

- **La personnalité paranoïaque** est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
- **La personnalité schizoïde** est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.
- **La personnalité schizotypique** est caractérisée par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
- **La personnalité antisociale** est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui.
- **La personnalité borderline** est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
- **La personnalité histrionique** est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.
- **La personnalité narcissique** est caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.
- **La personnalité évitante** est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
- **La personnalité dépendante** est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
- **La personnalité obsessionnelle-compulsive** est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.
- **La modification de la personnalité due à une autre affection médicale** est une perturbation persistante de la personnalité que l'on estime être due aux effets physiologiques directs d'une autre affection médicale (p. ex. une lésion du lobe frontal).
- **Autre trouble de la personnalité spécifié et trouble de la personnalité non spécifié** est une catégorie retenue dans deux situations : 1) le type de personnalité du sujet répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits appartenant à plusieurs troubles différents de la personnalité sont présents mais

84eea0791b20ee003d79638bbe9bffd75
ebrary

l'ensemble des critères pour l'un quelconque des différents troubles spécifiques de la personnalité ne sont pas réunis, ou bien : 2) l'individu a un type de personnalité qui répond aux critères généraux de la personnalité mais on considère qu'il a un trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification du DSM-5 (p. ex. une personnalité passive-agressive).

Les troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similitudes descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. Les individus qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques. Le groupe B inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques. Ces sujets apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux. Le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives. Les individus ayant ces troubles semblent souvent anxieux et craintifs. Il faut noter que ces regroupements, s'ils peuvent être utiles à des fins de recherches ou d'enseignement, ont des limitations sérieuses et n'ont pas été systématiquement validés.

De plus, il arrive souvent que des sujets souffrent de plusieurs troubles de la personnalité appartenant à différents groupes. Selon les estimations de prévalence pour les trois groupes, le groupe A concernerait 5,7 % de la population, le groupe B 1,5 %, le groupe C 6 % et 9,1 % seraient concernés par l'un quelconque des troubles de la personnalité, ce qui illustre la fréquence des concomitances de troubles appartenant aux différents groupes (Lenzenweger et al. 2007). Selon les données de l'enquête épidémiologique nationale de 2001-2002 sur l'alcoolisme et les affections apparentées (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), approximativement 15 % de la population adulte des États-Unis auraient au moins un trouble de la personnalité (Grant et al. 2004).

Modèles dimensionnels des troubles de la personnalité

L'approche diagnostique retenue dans ce manuel représente une perspective catégorielle selon laquelle les troubles de la personnalité sont des syndromes cliniques qualitativement distincts. Une alternative à cette approche catégorielle est une perspective dimensionnelle où les troubles de la personnalité sont des variantes mal adaptées de traits de personnalité qui se confondent imperceptiblement avec la normalité et l'une avec l'autre. *Cf.* la section III pour une description complète d'un modèle dimensionnel de trouble de la personnalité. Les trois groupes de troubles de la personnalité du DSM-IV (c.-à-d. le groupe bizarre-excentrique, le groupe théâtral-émotif et le groupe anxieux-craintif) peuvent aussi être vus comme des dimensions représentant des spectres de dysfonctionnement de la personnalité en continuité avec d'autres troubles mentaux. Les différents modèles dimensionnels alternatifs ont de nombreux points communs entre eux et recouvrent les champs importants de dysfonctionnement de la personnalité. Leur intégration, leur utilité clinique et les relations qu'ils entretiennent avec les catégories diagnostiques des troubles de la personnalité et les différents aspects des dysfonctionnements de la personnalité font l'objet de recherches.

Trouble général de la personnalité

Critères

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

1. La cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).

2. L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
3. Le fonctionnement interpersonnel.
4. Le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien).

84ea0791b20ae003d79636bbe9b

Caractéristiques diagnostiques

Les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement. La caractéristique essentielle d'un trouble de la personnalité est d'être une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions (critère A). Ces modalités durables sont rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales (critère B) ; elles causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Ce mode est stable et durable, et a débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (critère D). Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental (critère E) et n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. d'une drogue donnant lieu à abus, d'un médicament ou d'une substance toxique) ou d'une autre affection médicale (p. ex. d'un traumatisme crânien) (critère F). Des critères diagnostiques spécifiques sont fournis pour chacun des troubles inclus dans cette section. Les différents items parmi les critères de chaque personnalité sont énumérés par ordre d'importance diagnostique décroissante (quand cela a pu être établi par des travaux pertinents).

Le diagnostic de trouble de la personnalité nécessite une évaluation des modalités durables de fonctionnement de la personne. Les caractéristiques d'une personnalité spécifique doivent être apparentes dès le début de l'âge adulte. Les traits de la personnalité qui définissent ces troubles doivent être distingués des éléments qui apparaissent en réponse à des situations de stress spécifiques et des états mentaux transitoires (p. ex. troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux, intoxication par une substance). Le clinicien doit évaluer la stabilité des traits de personnalité dans le temps et dans différentes situations. Bien qu'un entretien unique puisse parfois suffire pour établir un diagnostic, il est souvent nécessaire de rencontrer la personne à plusieurs reprises après des intervalles assez longs. L'évaluation peut être compliquée par le fait

que les éléments qui définissent un trouble de la personnalité ne sont pas forcément considérés comme des problèmes par le sujet (les traits sont en effet souvent syntones avec le moi). Des informations supplémentaires de la part de tierces personnes peuvent être utiles pour résoudre ces difficultés.

Développement et évolution

Les caractéristiques d'un trouble de la personnalité peuvent habituellement être reconnues pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par définition, un trouble de la personnalité est une modalité durable de penser, de ressentir et de se comporter qui est relativement stable dans le temps. Certains types de troubles de la personnalité (notamment les personnalités antisociales et borderline) ont tendance à s'estomper ou à s'améliorer avec l'âge, ce qui semble moins vrai pour d'autres (p. ex. les personnalités obsessionnelles-compulsives et schizotypiques).

Les différentes catégories de troubles de la personnalité peuvent s'appliquer aux enfants et aux adolescents dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptés du sujet sont envahissants, durables, sans être limités à un stade particulier du développement ou à un autre trouble mental. Il faut préciser que les traits de personnalité qui apparaissent dans l'enfance, souvent, ne persistent pas inchangés chez l'adulte. Lorsque le diagnostic concerne un sujet qui n'a pas encore 18 ans, les caractéristiques doivent avoir été présentes depuis au moins une année. La seule exception à cette règle est la personnalité antisociale car elle ne peut être diagnostiquée avant l'âge de 18 ans. Bien que, par définition, le début d'un trouble de la personnalité ne survienne pas plus tard qu'au début de l'âge adulte, certains sujets n'attirent l'attention sur le plan clinique que relativement tardivement. Un trouble de la personnalité peut être exacerbé à la suite de la perte de personnes représentant un soutien significatif pour le sujet (p. ex. un conjoint) qui avait un rôle d'étayage important ou par la perte d'une situation sociale stabilisante (p. ex. un emploi). L'apparition d'une modification de la personnalité au milieu de l'âge adulte voire plus tard doit faire entreprendre un bilan rigoureux à la recherche d'une modification de la personnalité due à une autre affection médicale ou à un trouble non diagnostiqué de l'usage d'une substance.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les jugements sur le fonctionnement de la personnalité d'un individu doivent tenir compte de son origine ethnique, culturelle et sociale. Les troubles de la personnalité ne doivent pas être confondus avec des problèmes liés à l'acculturation d'un immigré ou avec l'expression d'habitudes, de coutumes ou de valeurs politiques et religieuses ancrées dans la culture d'origine du sujet. Lors de l'évaluation d'une personne originaire d'une autre culture, le clinicien doit obligatoirement obtenir des renseignements complémentaires auprès de ceux qui connaissent bien l'environnement culturel du sujet.

Questions diagnostiques liées au genre

Certains troubles de la personnalité (p. ex. la personnalité antisociale) sont diagnostiqués plus fréquemment chez les hommes. D'autres sont diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes (p. ex. les personnalités borderline, histrionique et dépendante). Bien que ces différences de prévalence reflètent probablement de réelles différences de genre, les chercheurs doivent se méfier de ne pas sur- ou sous-diagnostiquer certains troubles de la personnalité chez les hommes ou chez les femmes en raison des

stéréotypes sociaux concernant les rôles et les comportements typiques attendus de la part des individus de chaque sexe.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux et traits de la personnalité. De nombreux critères spécifiques des troubles de la personnalité (p. ex. la méfiance soupçonneuse, la dépendance ou l'insensibilité) décrivent des éléments qui sont aussi caractéristiques d'épisodes d'autres troubles mentaux. On ne peut porter un diagnostic de trouble de la personnalité que lorsque les caractéristiques qui le définissent sont apparues avant le début de l'âge adulte, sont typiques du fonctionnement au long cours de la personne et ne surviennent pas exclusivement durant un épisode d'un autre trouble mental. Il peut être très difficile (et pas forcément utile) de distinguer les troubles de la personnalité des autres troubles mentaux persistants comme un trouble dépressif persistant à début précoce et d'évolution relativement stable. Certains troubles de la personnalité peuvent appartenir au même « spectre » qu'un autre trouble mental (p. ex. la personnalité schizotypique et la schizophrénie, la personnalité évitante et la phobie sociale), cette relation étant fondée sur des similarités cliniques, biologiques ou génétiques.

Les troubles de la personnalité doivent être distingués des traits de personnalité qui n'atteignent pas le seuil d'un trouble de la personnalité. Les traits de personnalité ne justifient un diagnostic de trouble de la personnalité que lorsqu'ils sont mal adaptés, persistants et rigides, sources d'une altération significative du fonctionnement ou d'une souffrance subjective.

Troubles psychotiques. Pour les trois troubles de la personnalité qui sont peut-être liés aux troubles psychotiques (les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques), il existe un critère d'exclusion qui précise que le type de comportement en question ne doit pas être observé seulement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique. Lorsqu'un individu souffre d'un trouble mental persistant (p. ex. une schizophrénie) qui était précédé par un trouble de la personnalité préexistant, ce trouble de la personnalité doit aussi être enregistré suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

Troubles anxieux et dépressifs. Le clinicien doit être prudent quand il fait un diagnostic de trouble de la personnalité pendant un épisode de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux. Ces troubles peuvent en effet s'accompagner de caractéristiques symptomatiques temporaires évoquant des traits de personnalité, ce qui peut rendre difficile l'évaluation rétrospective du mode de fonctionnement durable de la personne.

Trouble stress post-traumatique. Si des modifications de la personnalité apparaissent et persistent après l'exposition du sujet à un stress extrême, un diagnostic de trouble stress post-traumatique doit être considéré.

Troubles de l'usage d'une substance. Chez une personne présentant un trouble de l'usage d'une substance, il est important de ne pas fonder un diagnostic de trouble de la personnalité seulement sur des comportements résultant d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance, ou sur des comportements en rapport avec une dépendance d'une substance (p. ex. des comportements antisociaux).

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. Lorsque des modifications durables de la personnalité résultent directement de l'effet d'une affection médicale (p. ex. une tumeur cérébrale), on doit considérer le diagnostic de modification de la personnalité due à une autre affection médicale.

Texte 2
Le trouble de la personnalité selon l'approche psychodynamique

Lecomte, Y. en collaboration avec Tremblay, B., 2017,
Le trouble de la personnalité selon l'approche psychodynamique

---

Tout clinicien qui évalue un dysfonctionnement ou une perturbation appréciable de la personnalité, c'est-à-dire un trouble de la personnalité, doit se baser sur une conception de la personnalité. Sans ce préalable de base, le repérage de signes et de manifestations pathologiques risque de se transformer en un exercice d'alignement de critères hétéroclites sans portée clinique. Bien qu'indispensable, la présentation d'une définition de la personnalité dépasse les objectifs du présent texte. Dans la théorie psychodynamique, la personnalité se définit comme le mode habituel de penser (systèmes de croyances, perception de soi et des autres, valeurs, idéaux), de ressentir, de se conduire et de se relier aux autres. Certains de ces processus sont conscients alors que d'autres ne le sont pas. La personnalité est l'intégration de patrons comportementaux qui prennent racine dans le tempérament, les capacités cognitives, le caractère et le système intériorisé de valeurs (Kernberg et Caligor, 2005, dans Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006[1]). La personnalité est ce que l'on *est* et non pas ce que l'on *a* (PDM Task Force, 2006[2]).

Chaque individu s'adapte à sa façon aux exigences de la vie, réduit son angoisse et se défend contre les dangers réels ou imaginés. Par conséquent, les variations de personnalité sont infinies. Une façon relativement simple de rendre compte de ces variations est de concevoir la personnalité comme une variable dimensionnelle se situant sur un continuum. L'un des pôles du continuum est représenté par la personnalité saine, ou « normale », et l'autre, par la personnalité fortement perturbée. Divers aménagements plus ou moins sains ou perturbés occupent l'espace entre ces deux extrémités. Cette façon de concevoir la personnalité a le mérite de prendre en considération les différences individuelles, mais elle montre aussi combien il est difficile de tracer la ligne qui départage la personnalité plus ou moins saine, de la personnalité plus ou moins perturbée. La même difficulté se pose lorsque vient le temps de déterminer ce qui se nomme trouble de la personnalité. À partir de quel point, sur le continuum, parle-t-on d'un trouble de la personnalité?

Avant de répondre à cette question, il faut définir ce qu'est un trouble. Pour les cliniciens et les théoriciens, la notion de trouble renvoie à une condition individuelle qui mérite un traitement (PDM Task Force, 2006[3]). D'emblée, il convient de noter que cette notion de trouble, lorsqu'elle est appliquée à la personnalité, n'est pas aussi claire et précise que celle, par exemple, d'une maladie physique en médecine, qui s'appuie sur un ensemble de critères plus opérationnels. Ce manque de précision complique la démarche diagnostique. L'évaluation d'un trouble de la personnalité s'appuie sur un critère essentiel, à savoir l'observation par l'individu, ou par des tiers fiables, d'une dynamique psychologique relativement stable et durable dans le temps et qui cause une détresse significative chez l'individu ou chez les autres.

Par ailleurs, les cliniciens d'orientation psychodynamique estiment que les troubles de la personnalité n'ont pas tous le même degré de sévérité, certains d'entre eux étant beaucoup plus sévères que d'autres. Pour évaluer cette sévérité, il faut introduire la notion de structure ou d'organisation de la personnalité. La théorie psychodynamique postule l'existence de trois grandes organisations de la personnalité : l'organisation névrotique, l'organisation limite et l'organisation psychotique

1. J.F. Clarkin, F.E. Yeomans et O.F. Kernberg, *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations*, Washington, American Psychiatric Publishing, 2006.
2. PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring (Md.), Alliance of Psychoanalytic Organization, 2006.
3. *Ibid.*

(Kernberg, 1997[4]; PDM Task Force, 2006[5]). Ces organisations forment un continuum dont les deux extrémités sont occupées par les organisations névrotique et psychotique. L'organisation limite, comme son nom l'indique, occupe l'espace compris entre ces deux pôles. La sévérité des perturbations de la personnalité est croissante d'une organisation à l'autre. Les troubles de la personnalité de l'organisation névrotique sont considérés moins sévères que ceux de l'organisation limite, ces derniers étant à leur tour moins graves que ceux de l'organisation psychotique.

Quelques précisions s'imposent. Premièrement, l'idée d'une organisation psychotique de la personnalité est loin de faire consensus chez les théoriciens psychodynamiques (PDM Task Force, 2006[6]). Le modèle de Kernberg, abordé dans le présent cours, englobe sous cette organisation les troubles mentaux graves appartenant au registre psychotique (ex. : schizophrénie, troubles délirants) et exclut les troubles de la personnalité. D'après Kernberg, les personnes ayant un trouble de la personnalité ont une organisation névrotique ou limite de la personnalité. L'organisation limite de la personnalité se subdivise en deux sous-catégories : l'organisation limite de niveau supérieur (haut niveau) et l'organisation limite de niveau inférieur (bas niveau).

Deuxièmement, il est important de rappeler que chaque individu a une personnalité et qu'un type de personnalité n'est pas l'équivalent d'un trouble de la personnalité. À titre d'exemple, un individu peut avoir une personnalité narcissique ou obsessionnelle-compulsive sans avoir nécessairement un trouble de la personnalité. Cela signifie qu'il présente certaines caractéristiques, ou traits de personnalité, pour reprendre la formulation du DSM, qui ne gênent cependant pas suffisamment son fonctionnement global comme dans un trouble avéré. Cette précision est importante parce que certains cliniciens ont malheureusement tendance à décrire les individus qui ont une organisation limite de la personnalité comme étant des personnes hautement problématiques et conflictuelles, incapables d'adaptation et de compromis. Pourtant, ces personnes peuvent être asymptomatiques et relativement bien adaptées même si leur équilibre psychologique est plus fragile, moins bien assuré. Lorsqu'elles s'effondrent sous l'effet du stress ou des pressions, leur désorganisation comportementale et émotionnelle est souvent brutale et considérable. Les manifestations problématiques de leur personnalité vont donner lieu à des perturbations qui peuvent être assez sévères.

Troisièmement, il importe de souligner que pour les cliniciens d'orientation psychodynamique, la structure limite (ou *borderline*) de la personnalité est une organisation qui englobe divers types de personnalité, dont la personnalité limite. L'*organisation* limite de la personnalité du modèle psychodynamique ne doit donc pas être confondue avec le *trouble* de la personnalité limite décrit dans le DSM.

Dans une perspective psychodynamique, la sévérité d'un trouble de la personnalité s'évalue à partir d'une liste de sept critères (PDM Task Force, 2006[7]) :

1. Perception de soi et des autres à la fois complexe, stable et juste (notion d'identité).
2. Maintien de relations intimes stables et satisfaisantes (notion de relations d'objet).

---

4. O.F. Kernberg, *Les troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod, 1997.
5. PDM Task Force, *op. cit.*
6. PDM Task Force, *op. cit.*
7. PDM Task Force, *op. cit.*

3. Capacité de vivre pour soi-même et de reconnaître chez les autres une gamme d'affects (tolérance aux affects).
4. Capacité de réguler les impulsions et les affects en utilisant avec souplesse les mécanismes de défense et les stratégies de *coping* de manière à favoriser l'adaptation et la satisfaction (régulation de l'affect).
5. Capacité de fonctionner à partir d'une sensibilité morale mature et consistante (intégration du Surmoi, Moi idéal, idéal du Moi).
6. Capacité d'utiliser ses ressources personnelles en réponse au stress. Se rétablir à la suite d'événements douloureux sans difficultés excessives (force du Moi, résilience).
7. Capacité d'apprécier la réalité, sinon de se conformer à ce qui est habituellement reconnu comme la réalité (épreuve de réalité).

La personne qui n'a aucune perturbation notable de la personnalité remplit l'ensemble des critères énumérés ci-dessus. Sur le plan de l'identité, elle a une perception intégrée de soi et des autres, et elle peut s'investir dans le travail et les loisirs. Elle est en mesure de nouer et de maintenir des relations profondes, durables, tendres et intimes. Son système de valeurs est stable et cohérent. Sa dynamique psychologique lui permet de composer souplement avec les stress et les exigences de la vie. Cela ne signifie nullement qu'elle est à l'abri de toute forme de psychopathologie. Elle pourra développer certains symptômes en réponse au stress sans que ceux-ci n'altèrent significativement son fonctionnement global.

La personne qui a une organisation névrotique de la personnalité répond également, jusqu'à un certain point, à l'ensemble des critères, mais peut présenter des difficultés avec un ou deux éléments de cette liste. Lorsqu'elle développe un trouble de la personnalité, elle tend à répondre au stress de manière rigide en utilisant un nombre limité de mécanismes de défense et de *coping*. La souffrance exprimée est habituellement circonscrite à des thèmes précis (ex. : sexualité, contrôle, critique de soi, etc.) et l'utilisation des défenses inadaptées demeure limitée au domaine de fonctionnement qui pose problème. Les autres dimensions de son fonctionnement sont relativement épargnées. Par exemple, les difficultés d'affirmation de soi d'un homme pourront se limiter aux sphères conjugale (ex : conjointe ou épouse) et familiale (ex. : mère, belle-mère) sans influencer indûment ses relations amicales ou de travail avec ses collègues masculins et féminins.

Les personnes qui ont une organisation limite de la personnalité ont des difficultés importantes avec les cinq premiers critères de la liste. Le sixième peut même poser problème pour les individus ayant un trouble narcissique ou antisocial. L'épreuve de réalité, le septième critère, n'est généralement pas compromise. Elle peut toutefois devenir très fragile chez les personnes plus perturbées lorsqu'elles doivent faire face à des événements très dérangeants ou à des situations interpersonnelles chargées sur le plan émotif. Comme toutes les sphères du fonctionnement peuvent être pratiquement touchées si l'on se fie à cette liste de critères, il faut s'attendre à un polymorphisme symptomatique. Les personnes qui ont une organisation limite de la personnalité se démarquent ainsi de celles qui ont une organisation névrotique de la personnalité par l'étendue et la diversité des problèmes éprouvés. Elles ont également recours à des mécanismes de défense considérés plus primitifs et immatures, qui tendent à déformer la réalité d'une manière plus globale.

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 2
LA THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE

Présentation

La théorie psychodynamique des troubles de la personnalité s'inspire des concepts psychanalytiques développés d'abord par S. Freud. Par la suite d'autres auteurs de renom tels que W. Reich, O. Rank, K. Abraham, M. Klein, M.S. Mahler, S. Ferenczi, E. Jones et D.W. Winnicott pour ne nommer que ceux-ci, ont enrichi cette théorie. De nos jours, les travaux de Kernberg ont permis de mieux définir les critères de base pour l'évaluation des différentes structures de la personnalité; à savoir les structures psychotique, limite et névrotique. Ses travaux et ceux de ses collègues ont permis l'élaboration du diagnostic structural qui permet de comprendre la dynamique d'un trouble de personnalité. Les textes choisis permettent de se familiariser avec la pensée de ce dernier.

La théorie des pulsions

La psychanalyse se définit comme une méthode de psychothérapie inventée par Freud (1856-1937) vers 1895 et qui repose sur la découverte de l'inconscient. On définit l'inconscient comme un réservoir de représentations qui demeurent actives en dehors même de l'activité consciente, mais dont leur accès est interdit. Dans la première topique de Freud, l'inconscient y était vu comme une instance psychique constituée d'éléments refoulés qui se sont vus interdire l'accès à l'instance conscient-préconscient suite à une opération de censure. Dans la seconde topique, Freud raffinait son modèle et définissait l'inconscient comme l'instance du Ça tout en s'appliquant partiellement aux instances composées du Moi et du Surmoi. On passait ainsi de l'image d'un lieu physique à l'image d'une entité dynamique englobant plusieurs instances.

Freud a décrit le Ça, le Moi et le Surmoi comme les trois instances de la personnalité. Brièvement, on peut définir le Ça comme le réservoir des contenus inconscients qui sont sous le joug des processus primaires (principe de plaisir-déplaisir). Le ça détermine les types érotiques. Le Moi est vu comme le système de perception-conscience, c'est-à-dire le siège des activités conscientes (jugement, concentration, etc.) mais aussi, dans une moindre mesure, d'activités inconscientes telles que l'utilisation des mécanismes de défense. Le moi met en jeu les processus secondaires (principe de réalité) et détermine principalement les types narcissiques. Pour sa part, le Surmoi renvoie aux interdits parentaux et l'acceptation de standards éthiques et moraux. Alors que le Surmoi représente la partie plus négative de l'intériorisation des valeurs parentales et sociales (la peur des conséquences), l'Idéal du moi représente le côté plus positif de ces intériorisations (le désir de ressembler à). On distingue l'Idéal du moi du Moi-idéal par le fait que le Moi-idéal répond aux processus primaires, au principe de plaisir et non au principe de réalité. Enfin, le surmoi décrit les types compulsifs.

Dans ses derniers écrits, Freud identifie les forces inconscientes comme étant dyadiques. D'une part, on retrouve la pulsion de mort (Thanatos), la force qui tend à réduire à zéro le niveau d'excitation et la pulsion de vie (Éros) dont l'énergie cherche à créer des liens toujours plus complexes.

C'est la pulsion de mort qui agirait dans les cas de suicide, d'agression et d'automutilations alors que la pulsion de vie assurerait la préservation de l'espèce et conduirait à certaines créations et inventions de ce monde par le biais notamment de la sublimation. Pour Freud, la pulsion tire sa *source* dans l'excitation somatique. Sa poussée tient à une excitation psychophysiologique. Son *objet* est variable (p. ex., mère, père) et son *but* est invariable à savoir la réduction des tensions.

Dans son livre intitulé *Trois essais sur une théorie de la sexualité* (France, Gallimard), Freud (1923-1963) décrit les stades libidinaux que comporte le développement psychosexuel. Il identifie six stades psychosexuels qui seront plus tard raffinés par Abraham et qui impliquent les constatations suivantes : la fixation (fort attachement de la libido à des imagos ou à des personnes) à l'un des stades de développement ouvre la voie à l'instauration d'une personnalité pathologique. La régression à l'un de ces stades en particulier définirait un type spécifique de pathologie. Le **Tableau 1** décrit les stades psychosexuels avec les résultats attendus d'une fixation à l'un ou l'autre de ces stades selon la théorie psychanalytique classique.

Tableau 1 - Stades psychosexuels et effets attendus de la fixation

Stades psychosexuels	Description	Effets pathologiques attendus de la fixation
Oral 0 – 18 mois	Période d'auto-érotisme : succion, toucher de la peau. Période de grande dépendance.	0 – 6 mois : structure psychotique; 6 – 18 mois : structure limite; 18 mois et plus : structure névrotique.
Anal 18 – 36 mois	Période de maîtrise des sphincters. Engage le contrôle, l'entêtement, le chantage.	Aspects sadique et masochiste. Névrose obsessionnelle compulsive.
Urétral 30 – 40 mois	Période de maîtrise de soi. Engage la compétition et l'ambition de façon compensatrice à la honte, aux sentiments d'infériorités.	Aspects sadique et masochiste. Névroses diverses; obsessive, anxieuse, phobique.
Phallique 3 – 5 ans	Complexe d'Œdipe : envie du pénis chez la femme et la peur de la castration chez l'homme. Identification aux modèles sexuels.	Névroses phobique et hystérique.
Latence 5 – 13 ans	Capacité sublimatoire, créativité, engagement social. Surmoi et idéal du moi.	Névroses diverses, rigidité, passage à l'acte, traits obsessionnels, etc.
Génital 13 ans et plus	Formation de l'identité avec l'unification des pulsions partielles.	Crises identitaires, choix d'objet sexuels. Capacité d'engagement relationnel et social versus repli sur soi.

À la suite du modèle classique de Freud, d'autres auteurs ont apporté leur contribution en développant davantage certaines notions. W. Reich (1933-1949, *L'analyse caractérielle*, Paris, Payot) a développé une théorie du moi plus élaborée pour rendre compte de l'armure caractérielle que le moi utilise pour se défendre contre la compréhension du moi et le changement. L'auteur a postulé

l'existence d'un caractère névrotique sous-jacent au développement éventuel de symptômes. Ainsi vu, le caractère serait une cuirasse défensive organisée du moi, pour se protéger et, du même coup, cela commanderait une technique d'analyse régressive pour démasquer la névrose de caractère sous-jacente. Aussi l'auteur préconisait les manipulations corporelles et sexuelles pour relâcher les tensions musculaires issues de la défense caractérielle. Sa doctrine marque le sceau de l'agressivité dans la formation du caractère et malgré ses contradictions ou erreurs, elle offre le mérite d'avoir ébranlé les assises de la psychanalyse et de l'avoir poussé à mieux définir ses concepts. Reich définit quatre types de pathologies du caractère dont le *caractère hystérique* avec fixation au stade phallique du développement; le caractère compulsif avec fixation au stade anal; le caractère narcissique avec fixation au stade phallique; et le caractère masochiste qui, a pour caractéristiques, de souffrir à long terme, de se plaindre et de faire une demande excessive d'amour.

A. Adler (1870-1937) (1949-1967, *L'enfant difficile*. Traduction de Herbert Schaffer: *The difficult child*), Paris, Payot) est un autre auteur, médecin et psychologue, qui a travaillé à développer la psychologie du Moi. De fait, Adler est l'inventeur de la psychologie individuelle. Cette théorie est fondée sur les notions de caractère, de complexes d'infériorité et de conflits entre la position réelle et actuelle de la personne et ses aspirations. Adler aura popularisé la notion de défense liée à la (sur)compensation des faiblesses physique et psychique. En somme, l'auteur met de l'avant l'angoisse existentielle du sentiment d'infériorité que vit toute personne et du désir de supériorité.

E. Erikson (1902 – 1994) (1976, *Enfance et société*. Paris, Neuchatel, Deslachaux et Niestlé) est un autre psychanalyste qui a promu à sa façon la psychologie du moi et la tendance culturaliste de la psychanalyse. Bref, cet auteur parmi d'autres a su paver la voie au développement de la théorie des relations d'objets. Il a décrit des stades de développement psychologique de la personne tout au long de sa vie et dont les premiers stades peuvent s'imbriquer dans les stades psychosexuels de Freud. Moins déterministe et fataliste que la théorie de Freud, celle d'Erikson soutient qu'il est toujours possible de surmonter des arrêts ou fixations dans des phases antérieures de développement selon des expériences ultérieures bénéfiques et réparatrices. Voici en bref la description des huit stades de développement psychosocial selon Erikson.

1. **Confiance versus méfiance fondamentale (0 – 18 mois).** Dans ce premier stade, l'enfant vit l'espoir ou le désespoir dans l'accessibilité de ce qui est vital pour lui. C'est le stade de la reconnaissance mutuelle de l'enfant et de sa mère. L'enfant est le reflet de ce qu'il subit : « Je suis ce que l'on me donne ». Ce stade qui correspond au stade oral chez Freud est aussi celui de *l'idolisme* : Les figures parentales sont perçues comme toutes puissantes.

2. **Autonomie versus doute-honte (18 – 36 mois).** Ce deuxième stade détermine la volonté ou l'apathie de l'enfant d'être lui-même. Cela en fonction des contraintes et des permissions des parents. « Je suis ce que je veux ». Ce stade est aussi celui du *légalisme* où les conséquences, punitions et gratifications vont en fonction des comportements de l'enfant et des réactions de parents face à ces mêmes comportements. Ce stade correspond au stade anal chez Freud.

3. **Initiative versus culpabilité (3 ans – 6 ans).** Correspondant au stade phallique tel que décrit par Freud, cette période détermine la capacité ou l'incapacité de l'enfant d'initier des activités et de s'y investir. Cela en fonction de l'encouragement narcissique des parents et des autres figures significatives. Déjà, à cette période, on peut retrouver les premières ambitions et

anticipations des rôles futurs. « Je suis ce que je veux imaginer ». C'est le stade du *moralisme* : C'est bien, c'est conforme à mes buts et mon rôle ou ce ne l'est pas.

4. **Constructivité versus infériorité (6 ans – 12 ans).** C'est le développement des compétences versus l'incompétence. « Je suis ce que j'apprends ». Ce stade correspond à la période de latence chez Freud. C'est aussi le stade du *formalisme*. L'enfant commence à se comparer de plus en plus aux autres et à se sentir habile ou plutôt inhabile.

5. **Identité versus la diffusion de l'identité (12 ans – 18 ans).** À cette période, l'adolescent vit une certaine cohérence ou incohérence interne face à ce qu'il est et ce qu'il représente pour les autres. Ce stade pose la fameuse question existentielle « Qui suis-je? ». L'adolescent se questionne sur sa propre identité en tant qu'être humain mais aussi en tant qu'être sexué. C'est la période du *totalisme*. La pensée est souvent divisée en tout bon, tout mauvais.

6. **Intimité versus isolement (18 ans – 40 ans).** En cheminant à travers cette période, l'enjeu essentiel est l'ouverture ou la fermeture de soi face à l'amour et au partage intime avec l'autre. « Je puis voir ce que je vais devenir ». C'est aussi la période de *l'élitisme*. Vais-je être comme tout le monde ou resterais-je un marginal?

7. **Générativité versus stagnation (40 ans – 65 ans).** Ce stade concerne le souci des autres versus le souci de soi seulement. L'enjeu de cette période pour l'individu est de choisir s'il va ou non contribuer à l'humanité ou s'il va se replier sur lui-même. Ce stade est aussi la période de *l'autoritarisme*. « Je suis après tout ».

8. **Intégrité versus le désespoir (65 ans et plus).** Le dernier et ultime stade avant la mort. Cette période concerne la capacité de l'individu d'être finalement en paix avec lui-même ou alors de vivre de l'amertume. A-t-il le sentiment d'avoir contribué à l'humanité, s'aime-t-il comme il est, en veut-il aux autres? Cette période est celle du *dogmatisme*. « Je suis ce que je suis ».

La théorie des relations d'objet

Depuis les premiers travaux de Freud, travaux qui ont donné naissance à la théorie des pulsions, l'apport ultérieur d'autres chercheurs ou cliniciens a permis d'établir les prémisses de la théorie des relations d'objets. Outre les auteurs déjà nommés ci-haut, on reconnaîtra maintenant l'apport de Mélanie Klein et de Margaret Mahler qui ont toutes deux influencé un grand nombre de chercheurs contemporains dont Otto Kernberg dont nous décrirons les grandes lignes de son modèle un peu plus loin dans le texte.

La théorie des relations d'objet peut être définie comme un modèle d'interrelations fantasmatique que le sujet privilégie inconsciemment dans son attitude envers soi-même, envers les autres et la réalité extérieure, et qui est fonction de l'organisation génétique de sa personnalité. Cette théorie met donc de l'avant le fait que l'enfant ne soit pas seulement mu par des pulsions d'origine interne mais aussi par les représentations qu'il se fait de lui-même et des autres. Cette théorie a considérablement changé la perception des enjeux psychodynamiques de la personne en passant d'une théorie du développement humain essentiellement individuelle (théorie des pulsions) à une théorie plus interactionniste (théorie des relations d'objets).

Mélanie Klein (1882, 1960) (1952-1966, Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés In Klein. M., Heinmann, I., S., Rivière, J. *Développements de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, pp., 187-222) a beaucoup travaillé sur le concept de la

pulsion de mort, et elle a permis de mettre en lumière certaines caractéristiques propres au développement de l'appareil psychique chez l'enfant. Klein estime que l'enfant naissant éprouve de l'angoisse dont les origines sont à la fois internes et externes. Cette pulsion de mort fondamentale constitue la cause première des angoisses et des fantasmes de persécution et de destruction. Au départ, et contrairement à la théorie de Mahler pour qui, l'enfant, à sa naissance est en état de symbiose avec la mère, Klein croit que l'enfant nait séparé de la mère, Selon Klein, au cours des douze premiers mois de sa vie, l'enfant passe par deux phases fondamentales à savoir d'abord, la position schizo-paranoïde et, ensuite, la position dépressive. La qualité de la relation primitive à la mère (le concept de mère suffisamment bonne) déterminera la qualité des deuils à suivre chez l'adulte. Nous allons décrire brièvement les deux positions définies par Klein.

1. **La position schizo-paranoïde (0 – 04 mois).** C'est la période des objets partiels (par exemple, la main, le sein maternel) qui sont clivées en tout bon tout mauvais selon l'expérience de l'enfant avec ces dits objets. Cette période est l'ère du laisser aller des fantasmes de béatitude et de destruction de façon alternante. Par exemple, le sein est perçu comme bon ou nocif et ces perceptions déterminent la nature des fantasmes chez l'enfant. Dans la position schizo-paranoïde, il n'y a pas de relation possible. Selon ce modèle, chez l'adulte, la position paranoïde peut mener à des passages à l'acte, parfois la psychose voire la schizophrénie.
2. **La position dépressive (4 – 12 mois).** La position dépressive est plus avancée dans le développement du psychisme. C'est la période d'intégration des objets partiels en objets entiers. En d'autres termes, la mère est maintenant perçue dans sa totalité (le sein, la main appartient à la mère). Cependant, la relation à la mère est ambivalente alors que le même objet peut à la fois apporter satisfaction et frustration. Ainsi, l'enfant en vient à vivre de la peur face à ses fantasmes de destruction vis-à-vis la mère alors que sa colère destructrice n'est pas uniquement adressée à un objet partiel mais à l'objet tout entier d'où la peur subséquente de le détruire entièrement avec tous les bons aspects que cet objet comporte. Cette peur de destruction conduit donc à la position dépressive. Dans la position dépressive, la relation est maintenant possible. De la reconnaissance et ensuite du souci de l'objet naît l'empathie et la compassion. Cette même reconnaissance et ce même souci conduisent inévitablement à la culpabilité en réaction aux fantasmes de destruction. Cette culpabilité détermine alors le besoin de réparer (défense de réparation) l'objet qui est la cible des fantasmes de destruction. La position dépressive peut mener à l'abus de substances, à la dépendance, à la dépression sévère.

En résumé, les travaux de Klein sont considérés comme les débuts de l'articulation de la théorie des relations d'objets. Ils mettent de l'avant le lien interactif qui existe entre l'enfant et sa mère dans le développement de la personnalité. On doit aussi à Klein l'élaboration et l'articulation de notions liées à des formes primitives de mécanismes de défense dont l'identification projective et l'identification introjective.

Margaret S. Mahler (Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A., 1975, *La naissance psychologique de l'enfant*, Paris, Payot), à l'instar de Klein, est une autre pionnière en psychologie qui a oeuvré à promouvoir le modèle des relations d'objet. Mahler (1975) a défini des étapes successives de développement psychologique qui met en évidence le lien interactif de l'enfant avec sa mère. D'abord, à l'encontre de la théorie de Klein, pour Mahler, l'enfant, à sa naissance, vit un état de fusion avec sa mère. Selon l'auteur, c'est graduellement que l'enfant en vient à se définir comme une entité distincte et cela est source d'angoisse d'autant plus si la relation avec la mère est

difficile. Lorsqu'il y a des difficultés majeures dans les phases de développement, on peut s'attendre à des répercussions au niveau du développement de la personnalité de l'individu. En bref, les premières phases qui s'étalent de la naissance jusqu'à l'âge de 5 mois correspondent aux structures psychotiques. La phase de séparation-individuation qui s'étend de 5 mois à 36 mois correspond aux structures limites de la personnalité alors que la phase de l'individuation qui débute pleinement à partir de 36 mois correspond aux structures névrotiques de la personnalité. Nous décrivons ici à l'aide du **Tableau 2** les phases de développement de Mahler et ce, dans le but de faire des liens entre cette théorie et le modèle explicatif de Kernberg que verrons ensuite.

Tableau 2 – Le développement psychologique de la relation d'objet : le modèle de Mahler

Âge	Étapes	Description des enjeux
0 – 2 mois	Autisme normal	C'est l'état d'indifférenciation moi/objet. L'enfant est dans un état de fusion avec la mère.
2 – 5 mois	Symbiose normale	C'est la période du narcissisme primaire et de l'auto-érotisme.
La phase de séparation-individuation : C'est la période du clivage de l'objet et de la projection. Quatre sous-phases décrivent cette période		
5 – 10 mois	Phase de différenciation	Le soi se différencie de l'objet. C'est le début de l'attachement.
10 – 15 mois	Phase de pratique	L'enfant s'éloigne de la mère mais doit y revenir pour faire le plein (« refueling »). C'est une période de grand narcissisme.
15 – 24 mois	Phase de rapprochement	Elle constitue une période de crise alors qu'il y a une prise de conscience de l'absence de l'objet. C'est le début de l'angoisse de séparation qui crée une ambivalence; éloignement/rapprochement On y observe une intolérance à la frustration et une recherche de symbiose. C'est aussi la perte de la toute-puissance. « Je suis dépendant de l'autre pour satisfaire plusieurs mes besoins. »
24 – 36 mois	L'individuation	C'est le principe de réalité qui prévaut. L'individuation proprement dite débute avec les forces et les faiblesses de chaque enfant.

De nos jours, le modèle théorique dominant dans les troubles de la personnalité est le modèle des relations d'objet de Kernberg. Cet auteur a largement contribué à mettre de l'avant des critères clairs pour évaluer les différentes structures de la personnalité dans le champ psychodynamique. Son modèle de relation d'objets a été élaboré en prenant pour exemple la personnalité borderline caractérisée par une déficience de l'intégration du sentiment de l'identité, par une faiblesse du moi, par l'absence d'intégration du surmoi, par le recours à des mécanismes de défense primitifs tel le clivage et l'identification projective, et par une tendance à adopter un processus de pensée primitif. Vous approfondirez la théorie de relations d'objet dans les **Textes 3, 4, 5 et 6**. Nous résumons ici le **Textes 3** comme présentation de la théorie de Kernberg.

Selon Kernberg, les modèles dimensionnels et catégoriels négligent les différentes finalités des comportements constructifs des troubles de la personnalité. Par exemple, l'inhibition sociale est

présentée comme un trait de personnalité évitante; mais ce trait peut refléter les préoccupations d'un individu profondément paranoïde, la peur de s'exposer d'un individu narcissiquement grandiose, ou être une formation réactionnelle contre les tendances exhibitionnistes d'un individu hystérique. Donc les dimensions catégorielles ou dimensionnelles ne disent rien sur la dynamique sous-jacente des personnes.

À cet égard, la psychanalyse ou le modèle psychodynamique est plus en mesure d'expliquer les relations :

a) entre les traits des personnalités pathologiques;

b) entre les comportements de surface et la structure psychique sous-jacente; et

c) entre la motivation du comportement et les structures psychiques.

Que dit la théorie de Kernberg à ce propos?

La théorie de kernberg

1. La personnalité normale

Kernberg procède en trois étapes. Il décrit d'abord les composantes de la personnalité normale, puis les étapes du développement de l'appareil psychique et, finalement les facteurs motivationnels sous-jacents au développement des diverses structures.

1.1 *Les composantes de la personnalité normale*

La personnalité est l'intégration dynamique du tempérament, du caractère, du surmoi et du ça.

Le tempérament, *première composante*, est la tendance génétiquement déterminée de réactions aux stimuli environnementaux. Ces réactions se caractérisent par l'intensité, le rythme, et le seuil des réponses affectives.

Le caractère, deuxième composante, désigne les manifestations comportementales de l'identité du moi alors que les aspects subjectifs de l'identité du moi (l'intégration du concept de soi et du concept des autres significatifs) déterminent l'organisation dynamique du caractère.

La troisième composante est le surmoi, c'est-à-dire l'intégration des systèmes de valeurs et de la dimension morale et éthique de la personnalité.

Enfin, la quatrième composante est le ça (inconscient dynamique) qui constitue le système motivationnel de la personnalité.

Selon Kernberg, la personnalité normale a quatre caractéristiques :

a) L'intégration du concept du soi et du concept des autres significatifs constitue l'identité du moi, qui est reflétée par une cohérence de soi interne (sentiment) et externe (apparence).

b) La force du moi est reflétée par des distorsions affectives variées, par la capacité de

c) Un surmoi intégré et mature représente l'intériorisation de systèmes de valeurs qui sont stables, dépersonnifiés (depersonificated), abstraits et individualisés, et qui ne dépendent pas des interdits infantiles inconscients.

d) Une gestion appropriée et satisfaisante des pulsions libidinales et agressives. En ce qui concerne les pulsions libidinales, cela suppose la capacité d'exprimer pleinement ses besoins sensuels et sexuels, et de les intégrer dans un engagement tendre et émotif envers un autre aimé; cela signifie aussi d'idéaliser normalement la relation et l'autre. En ce qui concerne les pulsions agressives, une structure de personnalité normale a la capacité de les sublimer dans l'affirmation de soi, de soutenir les attaques d'autrui sans réaction excessive, de réagir d'une manière protectrice, et d'éviter de tourner l'agressivité contre soi.

1.2 *Les étapes du développement de l'appareil psychique*

Le développement de ces divers aspects s'effectue selon trois étapes. Grâce à ces dernières, les interactions précoces avec les autres significatifs (relations d'objet) se transforment progressivement en une identité du moi normal.

1.2.1 La première étape vers l'identité

C'est l'étape symbiotique décrite par Mahler. Pour Kernberg, cette étape est l'intériorisation des représentations de soi et des objets qui sont fusionnés sous la dominance d'un état d'affect aigu, positif ou négatif, et qui mène aux représentations de soi ou d'objet comme « tout bon » ou « tout mauvais ». De tels états de fusion symbiotique alternent avec d'autres états d'intériorisation de soi et de représentations d'objet différentiées sous des conditions d'une faible activation d'affect. Il en résulte que les états de faible activation d'affect fournissent les modèles intériorisées d'interaction entre le soi et les autres habituels, alors que les relations d'objets intériorisées, initialement fusionnées sous des conditions d'états affectifs aigus mènent aux structures de base de l'inconscient dynamique, le ça.

Pour rendre compte de cette conception, Kernberg définit le ça comme la somme totale des relations d'objet (intériorisées sous des conditions d'états affectifs aigus) refoulées, dissociées et projetées, consciemment inacceptables. La libido et l'agressivité sont les systèmes de motivation hiérarchiquement « supraordinate » qui représentent l'intégration des états d'affects aigus, positifs ou rémunérateurs d'une part (libido), négatifs ou aversifs d'autre part (agressivité).

1.2.2 La deuxième étape vers l'identité

À nouveau sous des conditions d'états d'affects aigus, une différentiation graduelle survient entre le soi et les représentations d'objet sous des conditions d'interaction « tout bon et tout mauvais ». Cette différentiation mène à des unités intérieures constituées par « la représentation de soi – la représentation d'objet – affect dominant ». Ces unités constituent les structures de base de la matrice originale moi-ça qui caractérise l'étape de séparation-individuation de Mahler.

1.2.3 La troisième étape vers l'identité

Sous des conditions normales, les représentations du soi « tout bon et tout mauvais » sont intégrées en un concept de soi qui tolère une vision réaliste du soi comme potentiellement imprégnés de pulsions d'amour et de haine. Survient une intégration parallèle des représentations des autres significatifs dans des représentations combinées « tout bon/tout mauvais » de chacune des personnes importantes pour l'enfant (figures parentales et fratrie). Ces développements déterminent la capacité d'expérimenter des relations avec les autres intégrées, ambivalentes en contraste avec les relations d'objets clivées en personnes idéalisées et en personnes persécutrices. Ces développements marquent le stade de constance d'objet (2-5 ans) (qui est le stade au cours duquel

l'enfant apprend que les objets ont une existence indépendante de leur implication avec l'enfant. Ce dernier apprend à se différentier du monde et est capable de maintenir une image mentale d'un objet, même si cet objet n'est pas présent et visible), ou de relations d'objet totalement intériorisées en contraste avec le stade précoce de séparation-individuation dans lequel les relations d'objets partiels, mutuellement séparés (split-off), dominaient l'expérience psychique. L'identité du moi constitue le cœur du moi intégré, maintenant différentié par les barrières répressives du surmoi et du ça.

En résumé, le modèle de Kernberg postule le développement de différentes structures psychiques, qui débute par le développement des relations d'objet réalistes sous une faible activation d'affect d'un côté, et des relations d'objet symbiotiques sous des conditions d'activation aiguë d'affect de l'autre côté. Ces relations sont suivies d'une étape de séparation-individuation caractérisée par une croissance continue de relations réalistes sous de faibles conditions affectives, mais par des opérations de clivage significatives et des mécanismes de défenses sous une activation intense d'affects. Cela mène finalement à l'étape de constance de l'objet. Dans cette étape, un concept intégré de soi et des autres significatifs, plus réaliste, se développe dans le contexte de l'identité du moi, et au même moment, le refoulement élimine de la conscience les manifestations les plus extrêmes des pulsions sexuelles et agressives qui ne peuvent plus être tolérées sous l'effet de l'intégration du surmoi normal.

1.3 *Le surmoi*

Le modèle structural et de développement conçoit aussi le surmoi comme constitué de couches successives de soi intériorisés et de représentations d'objet. Une *première couche* de relations d'objets intériorisés « tout mauvais », persécuteurs, reflète une moralité exigeante et prohibitive, une moralité primitive vécue par l'enfant quand les demandes environnementales et les interdits vont à l'encontre de l'expression des pulsions agressives, dépendantes et sexuelles. *Une deuxième couche* de précurseurs du surmoi est constituée par les représentations idéalisées de soi et des autres reflétant des idéaux précoces de l'enfance qui promettent l'assurance d'amour et de dépendance si l'enfant vit selon eux.

L'adoucissement simultané du niveau précoce précurseur et du niveau d'idéalisation tardif des fonctions du surmoi, et la diminution correspondante de la tendance à reprojeter ces précurseurs du surmoi, sont cause de la capacité d'intérioriser des demandes et des interdits plus réalistes et atténué provenant des figures parentales. Ce phénomène mène à la *troisième couche* du surmoi correspondant à l'étape de constance d'objet du moi. Les processus intégrateurs du moi facilitent en fait le développement parallèle du surmoi. Un surmoi intégré renforce à son tour la capacité de se relier à l'objet aussi bien que l'autonomie. Un système de valeur intériorisé rend l'individu moins dépendant de la confirmation externe ou du contrôle du comportement, et facilite l'engagement plus profond dans les relations avec les autres.

1.4 *La dynamique du développement*

L'aspect dynamique désigne les facteurs de motivation sous-tendant le développement structural.

1.4.1 Les aspects de motivation de l'organisation de la personnalité

Les pulsions libidinales et agressives sont considérées comme l'intégration hiérarchiquement « supraordinate » des états affectifs de plaisir et de récompense, et des états affectifs de douleur

et d'aversion. Les affects sont les composantes instinctives du comportement humain (les dispositions innées communes à tous les individus de l'espèce humaine), qui émergent durant les stades précoces de développement, et qui sont graduellement organisés dans les pulsions (drives) activées comme partie des relations d'objet précoces. La gratification, la récompense et les affects agréables sont intégrés comme libido (comme une pulsion « overarching »), et les affects douloureux aversifs et négatifs sont intégrés comme agressivité (comme une pulsion « overarching »). Comme modes de réactions innés, constitutionnellement et génétiquement déterminés, les affects sont déclenchés en premier par des expériences physiologiques et corporelles, et graduellement l'affect primitif de l'exaltation. Les réponses sensuelles précoces au contact corporelles, et graduellement dans le contexte du développement des relations d'objet.

Comme pulsion, la rage représente l'affect au cœur de l'agressivité, et les vicissitudes de la rage expliquent les origines de la haine et de l'envie – les affects dominants des troubles de la personnalité sévères – de la colère normale et de l'irritabilité. Similairement, l'affect des l'excitation sexuelle constitue l'affect au cœur de la libido. L'excitation sexuelle cristallise lentement et graduellement l'affect primitif de l'exaltation. Les réponses sensuelles précoces au contact corporel intime dominent le développement de la libido en parallèle avec celles de l'agressivité.

Le développement affectivement guidé (driven) des relations d'objet (les interactions interpersonnelles réelles et fantasmées qui sont intériorisés comme un monde complexe du soi et des représentations d'objet dans le contexte des interactions affectives) constitue les déterminants de la vie mentale inconsciente et de la structure de l'appareil psychique. En résumé, les affects sont à la fois les « building blocks » des pulsions et les signaux de l'activation des pulsions dans le contexte d'une relation d'objet particulière intériorisée, comme dans les développements transférentiels d'une psychanalyse et d'une psychothérapie psychanalytique.

Cette théorie de la motivation permet de rendre compte du concept des dispositions innées à une activation d'affect excessive ou inadéquate, rendant justice aux variations génétiques et constitutionnelles de l'intensité des pulsions reflétées, par exemple, dans l'intensité, le rythme, et les seuils d'activation d'affect communément désignés comme le tempérament.

Cette théorie permet d'incorporer les effets de la douleur physique, du trauma psychique et des troubles sévères rencontrés dans les relations d'objet précoces en tant que facteurs contributifs à l'intensification de l'agressivité comme pulsion par le déclenchement des affects négatifs intenses. Cette théorie rend justice à l'énoncé de Freud disant que les pulsions occupent une position intermédiaire entre les royaumes physique et psychique.

Les dispositions génétiques aux variations tempéramentales dans l'activation d'affect sembleraient médiatisées par les altérations dans les systèmes neurotransmetteurs. Cette observation fournit un lien potentiel entre les déterminants biologiques de la réponse affective et les déclencheurs psychologiques des affects spécifiques.

Ce modèle est important pour la compréhension de la pathologie de l'agressivité parce que l'exploration des troubles sévères de la personnalité démontre constamment la présence d'une agressivité pathologique prédominante. Un aspect dynamique essentiel de la personnalité normale est la domination des « strivings » (poussées) libidinales sur les « strivings » agressives. La neutralisation pulsionnelle implique l'intégration des relations d'objet intériorisées, libidinalement et agressivement investies, originellement clivées, idéalisées et persécutrices, un processus qui

mène d'un état de séparation-individuation à celui d'une constance d'objet, et culmine dans des concepts du soi et des autres significatifs intégrés, et dans l'intégration des états affectifs agressifs et libidinaux dans la disposition d'affect atténuée, discrète et élaborée de la phase de constance d'objet.

Alors qu'un aspect central de la motivation des troubles de la personnalité sévère est le développement d'une agressivité démesurée et d'une psychopathologie de l'expression d'affect agressif, la pathologie dominante des troubles de la personnalité moins sévères est la pathologie de la libido ou de la sexualité.

Dans le contexte de l'achèvement de la constance d'objet, les traits de personnalité pathologique de ces troubles (hystérique, obsessionnel-compulsif, dépressif-masochiste) sont dominés par un surmoi intégré, une identité du moi bien développée, un niveau avancé d'opérations défensives centrées sur le refoulement, la pathologie typique de l'inhibition sexuelle, une « œdipilisation » (*oedipilization*) des relations d'objet et l'acting-out de la culpabilité inconsciente au sujet des pulsions sexuelles infantiles.

En contraste, la sexualité dans le trouble de la personnalité borderline est habituellement cooptée par l'agressivité, c'est-à-dire que le comportement et l'interaction sexuels sont intimement condensés avec des objectifs d'agressivité, qui limitent sévèrement ou déforment l'intimité sexuelle, les relations amoureuses, et encouragent le développement anormal des paraphilies avec leur condensation élevée de buts sexuels et agressifs.

2. Un modèle psychanalytique de nosologie des troubles de la personnalité

Le modèle de Kernberg est un modèle mixte qui allie les aspects dimensionnels et catégoriels comme le montre la **Figure 3.1** du **texte 4**. (page 119). La sévérité des troubles et l'ouverture sur le monde interne ou externe sont les aspects dimensionnels, alors que les structures de la personnalité représentent l'aspect catégoriel. Nous présentons les données sous la forme d'un tableau dans les pages suivantes (le **Tableau 3**, intitulé Classification des structures selon le degré de sévérité) dont vous pouvez compléter les informations par la lecture du **Texte 4** et le visionnement des **Vidéos**.

Rappelons que Kernberg discrimine les structures de personnalité selon trois caractéristiques ou critères : la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense et l'épreuve de réalité. La diffusion d'identité se « manifeste pas l'expérience subjective d'un sentiment chronique de vide, une perception de soi et des comportements contradictoires qui ne peuvent être intégrés d'une manière affectivement significative et par une perception d'autrui appauvrie, superficielle et plate » (page 178). L'épreuve de réalité désigne « la capacité de différentier le soi du non-soi, les origines extérieures des perceptions et des stimuli de leurs origines intrapsychiques et la capacité d'évaluer ses propres affects, ses comportements et ses pensées d'une manière réaliste et dans les temps des normes sociales habituelles (**Texte 3**, p. 185). Selon le DSM, les mécanismes de défense sont les processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes » (Ionescu, S., Jacquet, M.M., Lhote, C., 1997, les mécanismes de défenses, Paris, Nathan, p. 25).

Tableau 1 : Classification des structures selon le degré de sévérité

---

1. Organisation de la personnalité psychotique

Diffusion de l'identité

Manque d'intégration du concept de soi et des autres significatifs.

Mécanismes de défense

Prédominance du clivage et de ses dérivés : Identification projective; déni; idéalisation primitive; omnipotence; contrôle omnipotent; dévalorisation. Leur but est de maintenir séparées les relations d'objets intériorisé, idéalisés et persécuteurs dérivés des étapes précoces de développement qui viennent avant la constance d'objet. Cette constellation primitive d'opérations défensives centrées autour du clivage tente de protéger la capacité de dépendre des bons objets et d'échapper à l'agression terrifiante.

Cette fonction de base de la constellation primitive des opérations défensives domine l'organisation de la personnalité borderline. En plus, chez les personnes psychotiques, la fonction plus primitive de ces mécanismes est de compenser pour la perte de l'épreuve de réalité.

Les défenses primitives tentent de protéger les personnes contre le cahot dans toutes les relations d'objet provenant de la perte des frontières du moi lorsqu'il y a des relations intenses avec les autres.

Épreuve de réalité

La perte de l'épreuve de réalité reflète le manque de différentiation entre le soi et les représentations d'objet sous des conditions d'états d'affect aigus c'est-à-dire la persistance de l'étape symbiotique de développement.

Les catégories de trouble

Aucun.

---

2. Organisation de la personnalité borderline

Diffusion de l'identité

Il y a diffusion d'identité. Il y a manque d'intégration du concept de soi et des autres significatifs.

Mécanismes de défenses

Prédominance du clivage et de ses dérivés : identification projective; déni; idéalisation primitive, omnipotence, contrôle omnipotent; dévalorisation.

Épreuve de réalité

Présence d'une bonne épreuve de réalité. Cela signifie une différentiation entre le soi et les représentations d'objet dans le secteur idéalisé et persécuteur, caractéristique de l'étape de séparation-individuation.

Catégories

Tous ces patients présentent une diffusion de l'identité, les manifestations des opérations défensives primitives, et des degrés variables de détérioration du surmoi (comportement antisocial).

Tous les troubles de la personnalité sévères se retrouvent dans cette organisation : borderline, schizoïde, schizotypique, paranoïde, hypomaniaque; hypocondriaque; narcissique; antisociale.

2.1 *Organisation de la personnalité borderline basse*

Diffusion de l'identité

Tous ces patients présentent une diffusion de l'identité.

Mécanismes de défenses

Il y a manifestation des opérations défensives primitives.

Épreuve de réalité

Préservation de l'épreuve de réalité.

Les caractéristiques des troubles de la personnalité de cette catégorie sont les suivantes :

- À cause de la diffusion de l'identité, il y a des sévères distorsions dans les relations interpersonnelles : particulièrement des problèmes dans les relations intimes avec les autres, un manque de consistance dans les buts en termes d'engagement dans le travail, une incertitude et un manque de direction dans la vie de ces personnes dans plusieurs secteurs, et des degrés variés de pathologie dans leur vie sexuelle.
- Ils présentent souvent une incapacité à intégrer les sentiments tendres et sexuels et ils peuvent démontrer une vie sexuelle chaotique avec de multiples tendances infantiles polymorphes perverses.
- Les cas les plus sévères peuvent présenter une inhibition généralisée de toutes les réponses sexuelles. C'est la conséquence d'un manque d'activation suffisante des réponses sensuelles dans la relation précoce avec le soignant. Il y a prédominance envahissante de l'agressivité qui interfère avec la sensualité.
- Tous ces patients démontrent aussi des manifestations non spécifiques de faiblesse du moi (un manque de tolérance à l'angoisse, un manque de contrôle des impulsions et du fonctionnement de sublimation c'est-à-dire une incapacité pour la consistance, la persistance et la créativité dans le travail).

2.2 ***Organisation de la personnalité borderline plus élevée*** (niveau intermédiaire de trouble de la personnalité)

Diffusion de l'identité

Il n'y a pas de diffusion d'identité. Il y a un développement non conflictuel de certaines fonctions du moi, de l'intégration du surmoi, du cycle des engagements intimes, de la capacité pour la gratification de dépendance et d'une meilleure adaptation au travail.

Les catégories

Les patients de ce groupe présentent les caractéristiques d'une organisation de personnalité borderline mais ils sont capables de maintenir une adaptation sociale plus satisfaisante. Ils sont habituellement plus efficaces à obtenir un certain degré d'intimité dans les relations d'objet, et d'intégration de leurs impulsions sexuelles et de tendresse.

Dans ce groupe se retrouvent les personnalités cyclothymiques, sadomasochiste, histrionique ou infantile, dépendante, et les personnalités narcissiques qui ont un meilleur fonctionnement. Une personnalité cyclothymique est une personnalité alternant entre la dépression et la manie.

3. Organisation de la personnalité névrotique

Diffusion de l'identité

Cette organisation est caractérisée par une identité du moi normale et une capacité pour des relations d'objet en profondeur. La force du moi est reflétée dans la tolérance à l'angoisse, le contrôle des impulsions, un fonctionnement de sublimation, une efficacité et une créativité dans le travail. La force du moi est aussi démontrée par la capacité pour l'amour sexuel et une intimité émotive, désorganisée seulement par des sentiments de culpabilité inconscients retrouvés dans des modèles pathologiques spécifiques d'interaction en relation avec l'intimité sexuelle.

Les catégories

Dans ce groupe se retrouvent les personnalités hystériques, dépressive-masochiste, obsessionnelle et évitante (caractère phobique).

3. Un réseau psychopathologiquement relié

Dans la figure 3.1 du texte 3, il a trois types d'organisation classés d'une sévérité extrême à une sévérité légère. En partant de la sévérité extrême, il y a l'organisation psychotique, ensuite borderline (divisée en deux : faible et élevée) et névrotique. Dans chacun des trois types d'organisation, il y a différentes catégories de troubles de la personnalité. Les flèches du tableau indiquent comment chacun de ces troubles est relié aux autres. C'est le réseau psychopathologique. Comment Kernberg explique-t-il les relations entre les troubles? Bien que ce réseau soit spéculatif jusqu'à

un certain point, nous présentons les principaux postulats sur lesquels Kernberg fonde le type de relation.

3.1 *L'organisation de la personnalité borderline basse*

À ce niveau d'extrême sévérité, il y a deux troubles de la personnalité majeurs : schizoïde et borderline.

3.1.1 Les troubles de la personnalité borderline et schizoïde

Ces deux troubles sont les formes les plus simples ou primitives des troubles de la personnalité. Ils indiquent une fixation au stade de séparation-individuation. On y retrouve l'expression la plus pure des caractéristiques générales de l'organisation du trouble borderline.

- La personnalité schizoïde est le prototype des troubles de la personnalité. Elle se caractérise par la prédominance du mécanisme de défense de clivage qui sépare les relations d'objet intériorisés entre bon et mauvais, par les dyades « représentations du soi et représentations d'objet » des relations d'objets clivés. À la suite de ce clivage, il y a appauvrissement des relations interpersonnelles, et leur remplacement par une hypertrophie défensive d'une vie en fantaisie.
- Le trouble de la personnalité borderline présente des caractéristiques dynamiques semblables, mais l'expression de la pathologie se manifeste dans le champ interpersonnel par des interactions sous le sceau de l'impulsivité, contrairement à l'expression de la pathologie par la personnalité schizoïde dans une vie de fantaisie et le retrait social.
- Le manque d'affect manifesté par la personnalité schizoïde met en évidence le clivage qui s'étend jusqu'à la fragmentation de l'expérience affective des patients, qui vide les patients de leur vie interpersonnelle, pendant que les relations d'objet intériorisés ont des caractéristiques clivées semblables à celles de la personnalité borderline.
- La vie intrapsychique de la personnalité borderline est représentée par ses modèles interpersonnels, remplaçant très souvent la conscience de soi au moyen de modèles de comportement dirigés (driven), répétitifs. Le patient borderline montre la triade typique soit la diffusion de l'identité, l'aspect primitif de la démonstration d'affect (tempêtes affectives) et le manque de contrôle impulsif. Il se pourrait que cela provienne d'une différence tempéramentale.

  Dans le trouble de la personnalité borderline, il y a présence d'une intensité de l'activation d'affect et d'un manque de contrôle de l'affect, ce qui suggère la présence d'un facteur tempéramental. Toutefois, l'Intégration des affects libidinaux et agressifs obtenus au cours du traitement amène souvent un adoucissement et une modulation de la réponse affective. L'augmentation du contrôle des impulsions et de la tolérance de l'affect en cours de traitement illustre donc que les mécanismes de clivage sont centraux dans cette pathologie.

3.1.2 Les autres troubles de la personnalité basse

3.1.2.1 *Les trois troubles associés au trouble de la personnalité schizoïde*

Dans ce type d'organisation se retrouvent d'autres troubles de la personnalité. Trois se regroupent autour du trouble de la personnalité schizoïde. Ce sont les suivants :

- La personnalité schizotypique représente la forme la plus sévère du trouble de la personnalité schizoïde.
- La personnalité paranoïde reflète une augmentation de l'agressivité comparativement au trouble de la personnalité schizoïde. Il y a prédominance des mécanismes projectifs et une idéalisation de soi défensive liées aux efforts pour contrôler un monde externe de figures persécutrices. Si le clivage domine dans les troubles de la personnalité borderline et schizoïde, l'identification projective domine dans le trouble de la personnalité paranoïde.
- Le syndrome hypocondriaque reflète une projection des objets persécuteurs à l'intérieur du corps. Les personnalités hypocondriaques montrent habituellement de fortes caractéristiques schizoïdes et paranoïdes.

3.1.2.2 *Le trouble hypomaniaque relié au trouble de la personnalité borderline*

Le trouble de la personnalité hypomaniaque apparaît inclure une pathologie de l'activation de l'affect qui suggère une prédisposition tempéramentale qui est également vraie sous sa forme plus légère, la personnalité cyclothymique. Cette dernière relation ouvre la voie aux relations avec les troubles de la personnalité de l'organisation borderline plus élevée.

3.2 *L'Organisation de la personnalité borderline élevée*

On retrouve dans cette organisation les troubles de la personnalité suivants :

- *La personnalité sadomasochiste*

  Elle peut résulter des troubles de la personnalité borderline qui présentent une intense agressivité. Si une disposition à un fort sadomasochisme devient incorporée à, ou contrôlée par une structure de surmoi relativement en santé et que l'identité du moi est achevée, les conditions pour avoir un trouble de la personnalité dépressif-masochisme sont présentes.

  Ainsi quand une disposition innée aux réactions agressives est sévère, des traumas précoces, une pathologie sévère des relations d'objet précoces, une maladie physique et (ou) un abus sexuel et physique augmente la domination de l'agressivité dans la structure de personnalité; une pathologie particulière de l'agressivité peut se développer comme dans la personnalité paranoïde, hypocondriaque, sadomasochiste et peut aussi caractériser un sous-groupe de trouble de la personnalité narcissique.

- *La personnalité narcissique*

  Dans ce trouble, un manque d'intégration du concept des autres significatifs va de pair avec un soi intégré mais pathologique, grandiose. Le soi grandiose pathologique remplace le manque sous-jacent d'intégration du soi normal. Lorsque le soi pathologique est dissous, réémerge la structure typique de diffusion de l'identité de la personnalité borderline.

Le soi grandiose pathologique absorbe le soi et les représentations d'objets réels et idéalisés dans un concept de soi idéalisé irréaliste, accompagné d'un appauvrissement parallèle des structures du surmoi idéalisées, une prédominance des précurseurs du surmoi persécuteurs, la reprojection des précurseurs du surmoi persécuteurs (comme protection contre une culpabilité excessive, pathologique) et un affaiblissement conséquent des fonctions du surmoi plus intégrés plus tard. La personnalité narcissique présente alors souvent à un certain degré un comportement antisocial.

- *Le narcissisme malin*

  Quand une pathologie intense de l'agressivité domine dans la structure de personnalité narcissique, le soi grandiose pathologique peut devenir infiltré par une agressivité du moi syntone avec le développement d'une grandiosité combinée avec une nature impitoyable, du sadisme, ou de la haine qui se transforme dans un syndrome narcissique malin (malignant), (la combinaison d'une personnalité narcissique, d'un comportement antisocial, de l'agressivité synthone au moi et des tendances paranoïdes). Ce syndrome est intermédiaire entre le trouble de la personnalité narcissique et le trouble de personnalité antisociale, dans lequel une totale absence ou une détérioration du fonctionnement du surmoi survient.

- *La personnalité antisociale*

  La personnalité antisociale révèle de sévères tendances paranoïdes sous-jacentes en même temps qu'une totale incapacité pour n'importe quel investissement non exploitateur des autres significatifs. L'absence totale de capacités pour des sentiments de culpabilité en regard du soi et des autres, l'incapacité de s'identifier à n'importe quelle valeur morale ou éthique dans le soi ou les autres, et une incapacité à projeter une dimension d'avenir personnel sont les caractéristiques de ce trouble. Celles-ci le différentient du syndrome moins sévère de narcissisme malin dans lequel l'engagement envers les autres et la capacité de sentiments de culpabilité authentiques sont encore présents.

3.3 *L'organisation de la personnalité névrotique*

- *La personnalité obsessionnelle-compulsive*

  Dans ce trouble, l'agressivité « inordinate » a été neutralisés par son absorption dans un surmoi bien intégré mais excessivement sadique, menant au perfectionnisme, aux doutes sur sois, et à un besoin chronique de contrôler l'environnement aussi bien que le soi. Lorsque la neutralisation de l'agressivité est incomplète, sa sévérité détermine les traits régressifs de ce trouble, et l'on peut trouver des cas transitionnels avec des traits mixtes (obsessionnels, paranoïde et schizoïdes) qui maintiennent une organisation de personnalité borderline, au lieu de la présence de traits significatifs de personnalité obsessionnelle-compulsive.

- *La personnalité histrionique*

  La personnalité histrionique est une forme plus légère du trouble de la personnalité borderline. Cependant, la personnalité hystérique représente un type de niveau plus élevé du trouble de la personnalité infantile ou histrionique.

  Dans la personnalité histrionique, la labilité émotionnelle, l'extraversion, les traits dépendants est exhibitionnistes de la personnalité histrionique sont limités au champ sexuel, ces patients

étant incapables d'avoir des relations d'objet matures, engagés et différentiés dans d'autres champs. Comparativement à la liberté sexuelle de la personnalité infantile typique, la personnalité hystérique présente souvent une combinaison de pseudo-hypersexualité et d'inhibition sexuelle, avec une différentiation particulière des relations aux hommes et aux femmes, contrairement à l'orientation non spécifique envers les deux sexes de la personnalité histrionique ou infantile.

- *La personnalité dépressive-masochiste*

  La personnalité dépressive-masochiste peut être considérée comme le niveau le plus élevé de deux lignes de développement : l'une va de la personnalité borderline à la personnalité sado-masochiste et ensuite à la personnalité dépressive-masochiste; l'autre va de la personnalité hypomaniaque aux troubles de la personnalité cyclothymique et ensuite à la personnalité dépressive-masochiste. Ce champ de troubles de la personnalité reflète l'intériorisation des relations d'objet sous des conditions de développement affectif anormal ou de contrôle d'affect.

Ce trouble est le niveau le plus élevé du résultat de l'affect dépressif aussi bien que celui du sado-masochisme caractéristique de la domination de l'agressivité dans les relations d'objet primitif. Il présente non seulement un surmoi bien intégré mais aussi un surmoi extrêmement punitif. Ce surmoi prédispose le patient à un comportement autodestructeur et reflète un besoin inconscient de souffrir comme expiation pour les sentiments de culpabilité, ou reflète une précondition pour un plaisir sexuel (un reflet de la dynamique œdipienne caractérisant ces troubles de la personnalité).

La dépendance excessive et le sentiment de frustration facilement ressentis vont de pair avec leur « métabolisme fautif » d'agressivité, avec une dépression qui s'ensuit alors qu'une réponse agressive aurait été appropriée; une réponse d'agressivité excessive à la frustration de leurs besoins de dépendance peut rapidement se convertir en une nouvelle réponse dépressive comme conséquence de sentiments excessifs de culpabilité.

Le diagnostic structural

Comment évaluer le trouble de personnalité? Kernberg et ses collaborateurs ont développé le diagnostic structural c'est-à-dire un modèle d'évaluation psychodynamique des troubles de personnalité. Ce modèle repose sur les critères suivants : l'épreuve de réalité, la diffusion d'identité et les mécanismes de défense. À ces trois critères sont parfois ajoutées les manifestations non spécifiques de faiblesse du moi (tolérance à l'angoisse, contrôle des impulsions et la capacité sublimatoire), et l'intégration du surmoi. On peut ajouter la présence ou l'absence de processus de pensée primaire), et la qualité des relations d'objets. Chaque type de personnalité peut se différencier sur la base de ces critères.

L'entretien structural vise 1) à identifier les symptômes, les conflits ou les difficultés du patient et 2) à reconnaître, notamment à l'aide de l'analyse transférentielle, comment les conflits infantiles se reproduisent dans l'ici et maintenant dans la relation avec l'intervenant.

Ces critères diagnostiques peuvent être identifiés à partir du discours de la personne. En effet, chaque type de trouble de personnalité présente un discours qui lui est propre. Par exemple, le discours d'une personne présentant un trouble de personnalité paranoïde différera

vraisemblablement du discours tenu par une personne histrionique ou de celui tenu par une personne dépendante. Par exemple, dans le discours du *paranoïde*, on sentira la présence d'angoisses de mort, de destruction ou de persécution (p. ex., « Tout le monde est dangereux, n'importe qui pourrait te tuer »; « il y a des gens qui me suivent »). Le blâme et la méfiance, même en sourdines, sont souvent présents dans les propos ou dans l'attitude de la personne. La présence de mécanismes de défenses liées aux formes primitives de projection; identification projective, identification introjective, accompagne ce profil. Chez l'*hystérique*, le discours sera tout autre. Il prendra généralement une forme laissant croire à la présence d'angoisses de castration chez la personne. La dramatisation, l'envie, l'exagération, le besoin d'être le centre d'attraction seront perceptibles dans le discours (p. ex., « Shit! Mon mari et mes enfants ne voient à quel point j'en fais tellement plus qu'eux »; « c'était épouvantable, j'étais tellement, tellement fatigué que j'aurais dormi 36 heures d'affilées… »). Les défenses liées au refoulement, la négation et autres défenses plus évoluées sont présentes dans ce type de personnalité. Chez le *dépendant* enfin, les angoisses d'abandon, de vide intérieur viendront s'inscrire dans un discours où l'enjeu portera sur le besoin de trouver un appui extérieur sur qui se fier pour prendre des décisions et s'orienter dans la vie (p. ex., « je suis pas capable de rester seule », « j'aime mieux qu'on me dise quoi faire »). Là aussi, la présence de mécanismes de défenses variés et liés à la problématique dépendante sera notable (p. ex., idéalisation de l'objet, dévalorisation de soi, négation, etc.).

En somme, l'évaluation des manifestations de la faiblesse du moi, l'identification des angoisses primitives, des enjeux relationnels et la qualité de l'intégration du surmoi qui se dégagent d'un discours servent avec les trois grands critères diagnostics; épreuve de la réalité, intégration versus diffusion de l'identité et mécanismes de défenses, à établir un diagnostic différentiel de la personnalité.

CHAPITRE 1
LA THÉORIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SECTION 2 :
LA THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE

Lectures obligatoires

Texte 3 Le diagnostic structural des états-limites

Texte 4 A psychoanalytic Theory of Personality Disorders

Texte 5 Object Relations, Affects, and Drives: Toward a new Synthesis

Texte 6 Les cinq concepts diagnostiques de Kernberg: l'épreuve de réalité, l'intégration versus la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi

Vidéo

La théorie de Kernberg

Entrevue avec Suzanne Renaud

Texte 3
Le diagnostic structural des états-limites

Kernberg, O.F. (1978). Le diagnostic structural des états-limites.
Interprétation, N° 22-23, 165-198.

LE DIAGNOSTIC STRUCTURAL DES ÉTATS-LIMITES[1]

par Otto KERNBERG

traduction : François PERALDI

Je crois que la compréhension des caractéristiques structurales intrapsychiques des patients qui présentent une organisation limite de la personnalité contribuera à résoudre un problème difficile : le diagnostic différentiel des états limites et des névroses et autres pathologies à caractère névrotique d'une part, et des psychoses, en particulier la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, de l'autre. Le diagnostic structural — c'est-à-dire le diagnostic de l'organisation prédominante des structures intrapsychiques de la personnalité d'un patient — peut apporter un complément d'information significatif aux critères du diagnostic différentiel fondé sur une approche purement descriptive ou comportementale, ainsi qu'à l'analyse génétique qui étudie principalement les troubles affectifs au sein de la parenté biologique du patient. Je crois par ailleurs que le diagnostic structural exige une technique d'entretien clinique particulière — un « entretien structural » (que je décrirai ultérieurement) qui vise à dégager les rapports essentiels entre l'interaction patient/diagnosticien ici et maintenant, le fonctionnement interpersonnel du patient en général et l'histoire de sa symptomatologie.

L'approche descriptive met l'accent sur la fréquence des symptômes et sur les manifestations observables de comportements anormaux. L'approche génétique étudie principalement les origines génétiques du

---

1. Ce texte a paru dans : *Borderline Personality Disorders, the concept, the syndrome, the patient*, editor. Dr. Hartocolis ; International Universities Press, New York, sous le titre : The Structural Diagnosis of Borderline Personnality Organisation. Nous tenons à remercier ici l'auteur, l'éditeur et les International Universities Press qui nous ont autorisé à traduire en français et à publier cet essai dans le numéro 22-23 de la revue Interprétation.

trouble mental qu'elle cherche dans la parenté biologique du patient. La conjonction des critères descriptifs et génétiques enrichit souvent le diagnostic clinique différentiel, en particulier dans les cas qui appartiennent au registre de la psychose maniaco-dépressive ou à celui de la schizophrénie. Le diagnostic structural de l'organisation d'une personnalité limite est plus difficile, il exige du clinicien beaucoup d'expérience et de pratique et il présente, du point de vue de la recherche, des difficultés méthodologiques qui ne sont toujours pas résolues. Néanmoins, le temps aidant, il est possible d'apprendre à porter un diagnostic structural. L'analyse attentive de cas cliniques individuels, en particuliers de ceux qui ne se laissent pas aisément classer dans l'une ou l'autre des catégories majeures de la névrose ou de la psychose, illustre bien les avantages considérables de l'approche structurale.

Il peut s'avérer trompeur de privilégier les caractéristiques descriptives dominantes des patients limites, en particulier dans les cas ou de tels symptômes ne se manifestent pas. Certains auteurs ont vu dans l'intensité des affects, et plus spécialement de la colère et de la dépression, le trait caractéristique des patients limites. Toutefois, les patients qui ont une personnalité schizoïde typique ou qui présentent une organisation limite de la personnalité peuvent ne jamais manifester le moindre signe de colère ou de dépression. Il en va de même pour les personnalités narcissiques qui présentent une organisation limite sous-jacente typique. On a également décrit l'impulsivité du comportement comme un trait caractéristique fréquent des états-limites, mais de nombreux patients typiquement hystériques avec une solide structure névrotique — en contraste avec celle des états limites — peuvent également manifester des comportements impulsifs. C'est pourquoi, d'un point de vue clinique, la seule analyse descriptive de certains états limites tourne court. Ceci est encore plus vrai lorsqu'on tente de porter un diagnostic d'un point de vue strictement génétique. L'étude d'un rapport génétique possible entre les troubles graves de la personnalité et le registre de la schizophrénie en est encore à ses débuts et il se peut que d'importantes découvertes nous attendent dans cette voie. Toutefois, jusqu'à présent, l'histoire génétique n'a guère contribué à résoudre le problème clinique de la différenciation des symptomatologies névrotiques, limites et psychotiques. L'approche structurale apportera probablement sa contribution à la recherche sur les rapports entre la prédisposition génétique et la symptomatologie apparente.

L'approche structurale présente l'avantage supplémentaire d'attirer l'attention sur les relations mutuelles entre les divers symptômes des troubles limites et plus particulièrement sur la constellation prédomi-

nante des traits de caractères pathologiques qui sont si typiques dans ce groupe. Comme je l'ai indiqué dans des travaux antérieurs (1975 a, 1975 b, 1976 a), les caractéristiques de l'organisation limite de la personnalité ont des implications pronostiques et thérapeutiques importantes. La qualité des relations d'objet et le degré d'intégration du surmoi sont les critères pronostics principaux pour la psychothérapie intensive des cas limites. La nature primitive du transfert que ces patients établissent dans la psychothérapie analytique ainsi que la technique de traitement employée sont directement reliées aux caractéristiques structurales de leurs relations d'objet introjecté. Dans une étude précédente (Kernberg et col., 1972) nous avons souligné le rapport entre le diagnostic de faiblesse non-psychotique du moi et les différents résultats de traitement par la psychanalyse, la psychothérapie d'expression (ou exploratoire) et la psychothérapie de soutien : les patients dont le moi est faible répondaient bien à la psychothérapie d'expression, mais très peu à la psychanalyse classique et à la psychothérapie de soutien.

Bref l'apport additionnel du point de vue structural ne peut qu'enrichir le diagnostic psychiatrique et plus particulièrement celui des « cas de transition » qui sont si difficiles à classer. L'approche structurale qui s'est avérée être d'une grande utilité pour le diagnostic clinique de patients individuels peut ajouter une dimension nouvelle et importante à ce domaine et contribuer au disgnostic, au pronostic et au traitement.

Les structures mentales et l'organisation de la personnalité : une vue d'ensemble.

Le concept de structure mentale est diversement connoté. Du point de vue de la psychanalyse, il réfère traditionnellement à des processus mentaux régis par trois structures psychiques : le moi, le surmoi et le ça qui ont été proposées pour la première fois par Freud en 1923 dans « Le moi et le ça ». Dans le cadre de l'« Ego Psychology » psychanalytique, l'analyse structurale s'aligne sur les propositions de Hartmann, Kris et Lœwenstein (1946) et de Rapaport et Gill (1959). Pour ces auteurs, le moi résulte de la combinaison : 1) des « structures » ou des configurations qui changent lentement et qui déterminent la canalisation des processus mentaux, 2) de ces processus mentaux ou de ces « fonctions » mentales, eux-mêmes et 3) des seuils d'activation de ces fonctions et de ces structures. Selon cette conception, les structures sont des configurations relativement stables des processus mentaux ; le moi, le surmoi et le ça y sont considérés comme des structures organisatrices en général qui intègrent dynamiquement des substruc-

tures telles que les structures cognitives et défensives du moi. Plus récemment, on a utilisé le terme d'« analyse structurale » au sein de la pensée psychanalytique, pour désigner l'analyse des dérivés structuraux des relations d'objets introjectés (Kernberg, 1976 b) et les divers niveaux d'organisation des mécanismes mentaux selon les principes d'une hiérarchisation générale des systèmes de motivations intimements liés aux relations d'objets introjectés.

Enfin dans les développements récents de la psychanalyse, l'analyse structurale réfère également à l'analyse de l'organisation permanente du contenu prédominant des conflits inconscients. Elle réfère en particulier au complexe d'Oedipe en quoi elle voit le facteur organisateur de l'esprit, dont le développement à une histoire, qui est nodal puisqu'il est plus que la somme de ses parties, qui intègre les expériences archaïques et les organisations pulsionnelles spécifiques des stades du développement dans une organisation nouvelle (Panel, 1977). Ce dernier point de vue sur les structures mentales coïncide avec le précédent en ce qui concerne la structuration des relations d'objets introjectés : les contenus mentaux prédominants, comme le complexe d'Oedipe, reflètent l'organisation des relations d'objets introjectés. Ces deux derniers points de vue impliquent que l'on conçoive des séquences de motivations hiérarchisées qui contrastent avec un développement purement linéaire, une série d'organisations hiérarchisées et discontinues plutôt qu'une simple succession génétique (au sens psychanalytique du terme).

J'ai appliqué toutes ces conceptions structurales à l'analyse des structures intrapsychiques prédominantes et des conflits psychiques des cas limites. J'avance l'hypothèse qu'il existe trois grandes organisations structurales qui correspondent respectivement aux organisations névrotique, psychotique et limite. Une telle organisation structurale constitue une fonction stabilisatrice du fonctionnement de l'appareil mental, elle est intermédiaire entre les facteurs étiologiques d'une part et les manifestations du comportement direct qui dépendent de la maladie, de l'autre. Indépendamment de l'étiologie génétique, constitutionnelle, biochimique, familiale, psycho-dynamique ou psycho-sociale de la maladie, les effets de tous ces facteurs se reflètent dans la structure psychique globale. L'individu stabilise son fonctionnement psychologique en fonction de cette structure qui devient alors la matrice sous-jacente d'où se développeront les symptômes comportementaux.

On retrouve ces trois types structuraux (organisation névrotique, limite ou psychotique) dans les caractéristiques dominantes de ces patients, en particulier : 1) l'intégration de l'identité versus la diffusion de l'identité et la qualité globale corrélative des relations d'objets

introjectés, 2) une constellation d'opérations de défenses primitives versus récentes et 3) l'épreuve de réalité. Je pense que la structure de la personnalité du névrosé implique que l'identité soit intégrée, à la différence du cas limite et du psychotique. La structure de la personnalité du névrosé présente une organisation défensive axée sur le refoulement ainsi que d'autres mécanismes de défense élaborés ou intenses. Par contre, on trouve les structures limites et psychotiques chez des patients dont les mécanismes de défense sont essentiellement primitifs et centrés par le mécanisme de dissociation. L'épreuve de réalité est maintenue dans les états limites et névrotiques alors qu'elle est très perturbée au niveau de l'organisation psychotique. En bref ces critères structuraux peuvent suppléer aux descriptions comportementales et phénoménologiques habituelles des patients et accroître la précision du diagnostic différentiel de la maladie mentale, en particulier dans les cas difficiles à classer.

Les critères structuraux additionnels qui peuvent faciliter le diagnostic différentiel des états limites et névrotiques comprennent : la présence ou l'absence de manifestations non-spécifiques de faiblesse du moi, en particulier la tolérance à l'angoisse, le contrôle des impulsions et la capacité de sublimer et, pour le diagnostic différentiel de la schizophrénie, la présence ou l'absence en situation clinique de processus de pensée primaire. Comme les manifestations non-spécifiques de la faiblesse du moi sont cliniquement moins essentielles pour la différenciation des états limites et des états névrotiques et que les tests psychologiques s'avèrent plus utiles que les entretiens cliniques pour différencier le fonctionnement cognitif limite de celui du psychotique, je n'examinerai pas ces critères en détail ici. Le degré et la qualité de l'intégration surmoïque est une caractéristique structurale additionnelle, importante quant au pronostic et qui permet de différencier l'organisation limite de l'organisation névrotique. Enfin je déchiffrerai les caractères particuliers de l'organisation prédominante des conflits œdipiens dans l'organisation limite par quoi elle se différencie des caractères pathologiques névrotiques non-limites et des névroses symptomatiques.

On trouvera un recensement de la littérature pertinente sur les caractéristiques structurales et descriptives de la personnalité limite dans Kernberg (1975 a).

L'entretien structural comme méthode de diagnostic.

L'entretien psychiatrique classique a été conçu sur le modèle de l'entretien médical en général, il comprend une étude historique et l'examen de l'état mental et il est essentiellement orienté vers les

patients organiques et psychotiques (Gill, Newman et Redlich, 1954). Mais sous l'influence de la théorie et de la pratique psychanalytiques, l'entretien psychiatrique classique a été modifié et l'attention s'est tournée vers l'interaction entre le patient et son interlocuteur. La série de questions en partie règlementaire a été remplacée par une évaluation plus souple des problèmes prédominants et l'attention s'est tournée vers la manière dont le patient comprend ses conflits. L'étude de sa personnalité a été liée à celle de son comportement pendant l'entretien. L'étude de cas de Menninger (1952) est un bon exemple de cette approche.

Whitehorn (1944), Powdermaker (1948), Fromm-Reichmann (1950), et plus particulièrement Sullivan (1954) ont apporté des contributions majeures à la modification de l'entretien psychiatrique afin de l'axer sur l'interaction du patient et du thérapeute qui est alors considérée comme la source principale d'informations. Gill, Newman et Redlich (1954) ont conçu un nouveau type d'entretien psychiatrique qui porte essentiellement sur l'évaluation générale du patient et vise à accroître son désir d'être aidé. On peut évaluer la motivation pour une psychothérapie et la capacité de la suivre, au gré des interactions entre le patient et son interlocuteur. Cette approche de l'entretien établit un lien immédiat entre la psychopathologie du patient et l'indication de traitement psychothérapeutique. Elle vise également à dégager les résistances qui constituent probablement l'un des thèmes majeurs du début du traitement. L'attitude de soutien qu'implique une telle approche, qui tend à dégager l'actif du patient, peut toutefois masquer certains aspects de sa psychopathologie.

Félix Deutsch (1949) conseillait une méthode psychanalytique d'entretien qui aurait dégagé les corrélations inconscientes naturelles entre les problèmes actuels et passés du patient. A partir d'une optique théorique différente, Rogers (1951) a proposé un style d'entretien qui encourage le patient à explorer ses propres vécus affectifs et ce qui les relie entre eux. Ces approches non structurées présentent le désavantage de négliger les données objectives et de ne pas examiner l'actif et la psychopathologie des patients d'une manière systématique.

Mac Kinnan et Michels (1971) ont proposé une évaluation psychanalytique qui met l'accent sur l'interaction du patient et de son interlocuteur. Les manifestations cliniques des configurations caractérielles du patient pendant l'entretien, sont utilisées à des fins diagnostiques. Cette approche fournit une description sophistiquée dans un cadre psychanalytique.

Les entretiens cliniques que nous avons décrits sont devenus des instruments essentiels pour l'évaluation des traits descriptifs et

dynamiques, mais, à mon avis, ils ne permettent pas de dégager les critères structuraux qui différencient les états limites. Bellak, Hurvich et Gediman (1973) ont mis au point un entretien clinique structuré qui permet de porter un diagnostic différentiel entre les sujets normaux, les patients névrosés et les schizophrènes, sur la base d'un modèle structural du fonctionnement du moi. Bien que dans cette étude les auteurs n'aient pas cherché à différencier les états limites, ils ont cependant trouvé des différences significatives entre les trois groupes observés sur des échelles d'évaluation des structures et des fonctions du moi, et leur étude illustre bien l'utilité d'une approche structurale du diagnostic différentiel.

En collaboration avec S. Bauer, R. Blumenthal, A. Can, E. Goldstein, H. Hunt, L. Pessar et M. Stone, nous avons mis au point ce que Blumenthal (dans une communication personnelle) a suggéré d'appeler un « entretien structural », afin de mettre en lumière les caractéristiques structurales des trois grands types d'organisation de la personnalité que nous avons déjà mentionnés : les états névrotiques, limites et psychotiques. Cet entretien conçu tout spécialement porte essentiellement sur :

1) les symptômes, les conflits ou les difficultés du patient,

2) la manière particulière dont il les actualise dans l'« ici et maintenant » de l'entretien au niveau de l'interaction avec l'enquêteur.

Nous pensons que si l'enquêteur met l'accent sur les principaux conflits du patients, il créera une tension suffisante pour que l'organisation prédominante, « structurale » ou défensive de son comportement mental apparaisse. En démasquant ces mécanismes de défense pendant l'entretien, on obtient des données qui permettent la classification dans l'une des trois structures de la personnalité. Comme nous l'avons indiqué auparavant, les critères structuraux principaux qui permettent un diagnostic différentiel sont : 1) la présence ou l'absence d'intégration d'identité qui réfléchisse le degré d'intégration des représentations d'objet, 2) le type dominant de mécanismes de défense et 3) la présence ou l'absence de réussite à l'épreuve de réalité. Afin d'activer ces caractéristiques structurales à des fins diagnostiques, l'entretien que nous avons mis au point combine : 1) l'examen traditionnel de l'état mental, 2) l'entretien d'orientation psychanalytique modifié qui porte essentiellement sur l'interaction du patient et du thérapeute et 3) la clarification, la confrontation et l'interprétation des conflits d'identité, des mécanismes de défense et de la distorsion de la réalité que le patient manifeste dans l'interaction avec l'enquêteur, en particulier lorsqu'ils révèlent des éléments identifiables du transfert.

Par *clarification*, nous entendons l'examen, avec la participation du

patient, de tous les éléments d'information qu'il possède et nous paraissent vagues, imprécis, surprenants, contradictoires ou incomplets. La clarification est la première étape cognitive grâce à laquelle ce que le patient dit est éclairci et discuté, sans interrogatoire précis, afin de dégager pleinement toutes les implications de son dire et les limites de sa propre compréhension, ou de sa confusion, quant à ce qui reste imprécis. Le but de la clarification est de dégager sans contrainte un matériel conscient et préconscient.

La *confrontation*, seconde étape du processus, consiste à reprendre avec le patient les éléments d'information qui paraissent contradictoires ou incongrus. De manière plus profonde, elle consiste à montrer au patient les aspects de l'interaction avec le thérapeute qui semblent indiquer la présence d'un fonctionnement conflictuel et, par conséquent, la présence d'opérations défensives, de représentations de soi et de représentations d'objets contradictoires et enfin d'une perte partielle du sens de la réalité. On commence par attirer l'attention du patient sur quelque chose que, dans l'interaction avec le thérapeute, il n'a pas remarqué ou qu'il a jugé normal mais que celui-ci a perçu comme inadéquat, contradictoire avec d'autres aspects de l'information qu'il possède ou enfin troublant. La confrontation vise à rapprocher du matériel conscient et du matériel préconscient qui ont été présentés ou vécus séparément par le patient. Ensuite le thérapeute s'interroge avec le patient sur la signification possible de ce comportement en référence à son mode de vie actuel. Ce faisant, il s'agit d'explorer les capacités du patient à appréhender les choses sous un angle différent sans pour autant régresser, à considérer les relations internes entre les divers éléments qui ont été rapprochés et, plus particulièrement, l'intégration des concepts de soi et d'objet. L'accroissement et la diminution de l'épreuve de réalité reflétés par la réponse du patient à la confrontation ainsi que l'empathie qu'il manifeste à l'endroit de l'enquêteur qui reflètent son sens social et de la réalité, se trouvent ainsi mis en lumière. Enfin l'enquêteur fait le rapport entre l'interaction dans l'« ici et maintenant » et les problèmes similaires qui ont pu se manifester dans d'autres domaines, il fait ainsi le lien entre des éléments et des plaintes à caractère descriptif et les traits structuraux de la personnalité du patient.

À la différence de la confrontation, l'*interprétation* lie le matériel conscient et préconscient à des fonctions ou des motivations qui ont été rendues manifestes dans l'« ici et maintenant » et qui sont jugées ou présumées inconscientes. Elle explore les origines conflictuelles de la dissociation des états du moi (la division du soi et des relations d'objet), la nature des opérations de défense et les motifs de leur activation et enfin l'abandon défensif de l'épreuve de réalité. En d'autres termes

l'interprétation vise à activer l'angoisse et les conflits sous-jacents. La confrontation rassemble et réorganise les données observées, l'interprétation ajoute au matériel une certaine profondeur et une hypothètique dimension causale. Ce faisant, l'enquêteur met en relation les fonctions actuelles de tel ou tel comportement particulier avec les angoisses, les motivations et les conflits sous-jacents. Montrer à un patient par exemple qu'il se comporte d'une manière apparemment soupçonneuse et explorer avec lui la conscience qu'il en a est une confrontation, suggérer à ce patient que sa suspicion ou sa peur sont dues au fait qu'il attribue à l'enquêteur quelque chose de mauvais dont il tente de se délivrer et dont il ignorait tout jusqu'alors est une interprétation.

Le *transfert* est la manifestation d'un comportement inapproprié dans l'interaction thérapeutique qui indique la réactivation dans le présent de relations interpersonnelles pathogènes et conflictuelles appartenant au passé du patient. Les réactions transférentielles fournissent le contexte des interprétations qui fait le lien entre les troubles manifestés « ici et maintenant » et certaines expériences passées du patient. Montrer au patient soupçonneux qu'il se comporte vis-à-vis du thérapeute d'une manière soupçonneuse et contrôlée est une confrontation ; lui montrer qu'il juge peut-être que le thérapeute est manipulateur, sévère, brusque et soupçonneux — et que de ce fait il lui faut se tenir sur ses gardes afin de lutter contre les mêmes tendances en lui — est une interprétation. Montrer au patient qu'il combat un « ennemi de l'intérieur » qui possède les mêmes traits de caractère (suspicion, etc.) parce qu'il a vécu une interaction semblable avec un personnage parental dans le passé est une interprétation du transfert.

En résumé, la *clarification* est un moyen cognitif non-contraignant d'explorer les limites de la conscience que le patient peut avoir de tel matériel déterminé, la *confrontation* cherche à rendre la patient conscient de certains aspects incongrus et potentiellement conflictuels de ce matériel, l'*interprétation* tente de résoudre la nature conflictuelle du matériel en supposant des défenses et des motivations inconscientes qui rendent logiques ce qui paraissait jusque là contradictoire, et l'*interprétation du transfert* applique tout ce qui précède à l'explicitation de l'interaction présente entre le patient et le thérapeute.

Comme l'entretien structural porte essentiellement sur la confrontation et l'interprétation des défenses, des conflits d'identité et de l'épreuve de réalité, ou des distorsions dans les relations d'objets introjectés ainsi que sur les conflits congitifs et affectifs, il soumet le patient à une certaine tension. Au lieu de mettre le patient à l'aise et

de réduire son attitude défensive en la tolérant ou en n'y prêtant pas attention, le thérapeute essaie de réactiver l'organisation pathologique des fonctions du moi du patient afin de faire surgir des informations concernant l'organisation structurale de sa maladie. Toutefois cette approche n'a rien de commun avec l'entretien de choc traditionnel, qui essaie d'induire chez le patient une angoisse et des conflits artificiels. Bien au contraire, une clarification pleine de tact de la réalité rendue manifeste par la confrontation initiale reflète le respect et l'intérêt du thérapeute pour la réalité affective du patient et un engagement honnête en lieu et place de ce qui n'est parfois qu'une tolérance « supérieure » ou indifférente de son attitude déplacée.

Après l'entrée en matière traditionnelle où l'on s'equiert des difficultés qui ont amené le patient à consulter, l'entretien structural se poursuit selon un programme de recherche systématique, par un survol du cycle des symptômes cardinaux qui sont représentés sur le périmètre du cercle de la figure 1. Ils ont été placés sur le périmètre de manière à indiquer leur importance pour la différenciation des diverses catégories diagnostiques. Ce survol accompli, l'enquêteur oriente l'entretien vers les symptômes significatifs qui sont apparus pendant le survol, comme nous l'avons indiqué sur la figure 2. Cette étape comporte l'exploration des symptômes tels qu'ils se sont manifestés dans l'interaction « ici et maintenant » de l'entretien, puis la clarification, la confrontation, un essai d'interprétation, tout en restant attentif aux réactions du patient lors de ces diverses approches. L'empathie du patient à l'endroit des questions du thérapeute, les éclaircissements qu'il apporte au sujet de l'identité de son moi, de ses relations d'objet, de son appréciation de la réalité, et la configuration de ses impulsions immédiates à se défendre, donnent une indication de ses capacités d'introspection. Le diagnostic structural dépend en grande partie de la manière dont le patient tire parti des clarifications, des confrontations et des interprétations. Ces stades successifs sont indiqués par les étapes qui jalonnent le parcours des flèches qui traversent le centre du cercle de la figure 2.

Si par exemple le survol initial a mis en évidence une certaine dispersion de l'identité et des défauts de l'épreuve de réalité, l'enquêteur essaiera d'abord d'accentuer l'expression de ces caractéristiques dans l'interaction « ici et maintenant ». Puis il confrontera le patient avec les contradictions de son dire ou toute autre incongruité qui indique la nature défensive possible de son comportement. Outre cette confrontation, on tente une interprétation de la signification possible des contradictions qui sont apparues et on invite le patient à poursuivre l'étude exploratoire de son comportement et de ses motivations. On lui demande comment il voit ses contradictions, ce

qu'il en pense, et quelles informations supplémentaires permettraient de clarifier ce qui s'est réellement passé. Les réponses du patient à la clarification, la confrontation et l'interprétation sont d'une importance primordiale pour la différenciation des structures névrotique, limite et psychotique. Du fait de l'intégrité de l'épreuve de réalité, les cas limites présentent souvent une réorganisation et une amélioration surprenantes de leur fonctionnement ces clarifications, confrontations et interprétations une fois faites. Ils sont capables de réagir avec empathie à l'endroit des « confusions » et l'enquêteur, de clarifier et de corriger leurs perceptions et d'utiliser ces corrections de manière constructive dans les phases subséquentes de l'entretien. De plus, ils font preuve d'une certaine capacité d'introspection et d'intuition à l'endroit de ce qui détermine ces contradictions. Par contre les patients doués d'une structure psychotique sont dépourvus d'empathie à l'endroit des critères sociaux et des critères de réalité habituels et, de ce fait, toute tentative de clarification peut révèler des distorsions de l'épreuve de réalité. Les patients névrotiques, à la différence des cas limites, ont une conception intégrative d'eux-mêmes qui, à son tour, permet à l'enquêteur d'accroître son empathie à l'endroit des divers aspects de leur réalité, de leurs conflits ainsi que de leurs conceptions intégratives de quelques autre aspects significatifs qui donnent à leur réalité interpersonnelle et à leur histoire une intense densité. Bien que les cas limites soient capables d'accentuer le réalisme de leur comportement pendant l'entretien, ils laissent paraître dans le même temps de façon évidente le vide, le chaos et la confusion de leur vie et de leurs relations d'objet.

L'incohérence de certains patients et la pauvreté de leurs modes de communication sont parfois telles que l'on doit se référer à des sources d'information extérieures afin d'établir le diagnostic. Ces autres sources sont susceptibles de fournir des informations préalables d'où l'on pourra inférer les symptômes cardinaux. On peut alors centrer l'attention sur les symptômes dans l'ici et maintenant et tenter la clarification, la confrontation et l'interprétation de ces symptômes cardinaux significatifs comme le montre la figure 3. L'enquêteur peut poursuivre cette investigation plus minutieuse plus plusieurs symptômes cardinaux jusqu'à ce qu'il se soit assuré du diagnostic structural.

Cet entretien diagnostic associe donc à l'attention psychanalytique centrée sur l'interaction patient/thérapeute, la technique psychanalytique d'interprétation des éléments conflictuels et des opérations défensives qui apparaissent dans cette interaction afin de mettre en lumière simultanément les symptômes classiques d'ancrage de la psycho-pathologie descriptive et la structure sous-jacente de la personnalité. Dans ce qui suit, je vais décrire les caractéristiques

structurales majeures des états limites et la manière dont l'entretien structural peut mettre ces caractères structuraux en évidence.

Les caractéristiques structurales des États limites

Les symptômes descriptifs : une évidence « présumée ».

Ce ne sont pas des critères structuraux, mais des symptômes névrotiques et des traits caractériels pathologiques qui éveillent l'attention de l'enquêteur et l'amènent à faire l'étude exploratoire de l'organisation limite de la personnalité. C'est ainsi que la présence de symptômes présumément psychotiques qui ne semblent toutefois ni justifier ni même correspondre à un diagnostic tranché de psychose maniaco-dépressive, de schizophrénie ou à un syndrome cérébral aigu, devrait induire le médecin à orienter sa recherche vers les critères structuraux de l'organisation limite de la personnalité. Les symptômes descriptifs des états limites sont semblables aux symptômes des névroses symptomatiques ordinaires et des caractéropathies ; toutefois, ces symptômes présentent habituellement des particularités qui renvoient à une organisation limite sous-jacente. Voici quels en sont les symptômes les plus importants (cf. Kernberg, 1975 a).

1. *L'angoisse*. Les cas limites ont tendance à faire état d'une angoisse flottante, diffuse et chronique.

2. *Les névroses polysymptomales*. De nombreux patients présentent des symptômes névrotiques, mais je ne considère ici que ceux qui présentent deux ou plusieurs des symptômes névrotiques suivants :

a. phobies multiples, en particulier de celles qui imposent au patient de sévères restrictions dans sa vie quotidienne ;

b. des symptômes obsessionnels compulsifs qui ont acquis une syntonicité moïque secondaire et, de ce fait, une qualité surestimée de pensée et d'action ;

c. de nombreux symptômes de conversion élaborés ou bizarres, en particulier s'ils sont chroniques ;

d. des réactions dissociées, plus spécialement hystériques : « états crépusculaires », fugues et amnésies accompagnées de troubles de la conscience ;

e. hyponchondrie ;

f. des tendances paranoïdes et hypochondriaques qui accompagnent tous les autres symptômes névrotiques : il s'agit là d'une combinaison typique qui suggère un diagnostique présumé d'organisation limite de la personnalité.

3. *Les tendances sexuelles perverses polymorphes*. Je pense aux

patients qui présentent une déviation sexuelle manifeste au sein de laquelle cœxistent plusieurs tendances perverses. Plus les actions et les fantasmes pervers sont chaotiques et diversifiés et moins les relations d'objets liés à ces interactions sont stables, plus nous devons penser à une organisation limite de la personnalité. Des formes bizarres de perversion, en particulier celles qui impliquent des manifestations agressives primitives ou la substitution primitive de buts génitaux par des buts éliminatoires (uriner, défèquer), sont également des indices d'une organisation limite sous-jacente de la personnalité.

4. *Les structures pré-psychotiques « classiques » de la personnalité*. Elles comprennent :

a. la personnalité paranoïde (les tendances paranoïdes sont d'une telle intensité qu'elle suffisent à déterminer le diagnostic descriptif principal) ;

b. la personnalité schizoïde ;

c. la personnalité hypomaniaque et l'organisation cyclothymique de la personalité à fortes tendances hypomaniaques.

5. *Les névroses impulsives et les addictions*. Je pense à ces formes graves de caractéropathies où la brusque irruption répétitive et chronique d'une impulsion qui gratifie les besoins instictuels d'une manière « ego dystonique » en dehors des périodes dépourvues d'impulsions, mais « ego syntoniques » et, de ce fait, extrêmement agréable, pendant les périodes d'impulsivité. L'alcoolisme, l'addiction aux drogues, certaines formes d'obèsité psychogènes et la kleptomanie en sont des exemples typiques.

6. *Les troubles de caractère de « bas niveau »*. J'entends les caractérographies graves qui sont typiquement représentées par les caractères chaotiques et dépourvus d'impulsivité, à la différence des types classiques « formation-réaction » des structures caractérielles et des caractères « trait-et-évitement » plus bénins. D'un point de vue clinique, les personnalités hystériques les plus typiques ne sont pas des structures limites et il en va de même pour les personnalités les plus obsesionnelles compulsives et les structures de la personnalité dépressive ou les structures mieux adaptées de la personnalité masochiste. Par contre, de nombreuses personnalités infantiles et la plupart des personnalités narcissiques typiques présentent une organisation limite sous-jacente ; les personnalités « comme-si » appartiennent également à ce dernier groupe. Enfin toutes les structures de personnalités nettement antisociales que j'ai examinées présentaient une organisation limite typique.

Tous ces symptômes et ces traits de caractère particuliers peuvent être mis en évidence lors de l'examen initial des symptômes qui amènent le patient à consulter ainsi que par l'étude des aspects

caractéristiques de sa vie sociale et interpersonnelle actuelle en rapport avec son travail, sa famille, ses relations sexuelles et conjugales, et par l'étude de ses interactions avec ses proches parents, ses amis, ses relations ou encore ses interactions dans les domaines récréatifs, culturels, politiques, religieux et autres champs d'intérêts interpersonnels communautaires. Pour tous les patients qui posent la question d'un diagnostic d'état limite, une histoire détaillée de la symptomatologie et les particularités dans les relations interpersonnelles constituent autant d'informations initiales importantes.

L'absence d'intégration de l'identité : le syndrome de diffusion d'identité.

On représente cliniquement l'identité diffuse par la pauvreté de l'intégration du soi et des proches. Elle se manifeste par l'expérience subjective d'un sentiment chronique de vide, une perception de soi et des comportements contradictoires qui ne peuvent être intégrés d'une manière affectivement significative et par une perception d'autrui appauvrie, superficielle et plate. D'un point de vue diagnostic, la diffusion d'identité se manifeste par l'incapacité du patient à parler à l'enquêteur de ses interactions avec autrui d'une manière significative, de sorte que celui-ci ne peut ressentir d'empathie affective avec les conceptions que le patient se fait de lui-même et des autres dans le cours de ces interactions.

D'un point de vue théorique, voici comment se présente ce qui sous-tend ce manque d'intégration de soi et des conceptions d'autrui (Kernberg, 1975 a) :

1) dans l'organisation des états limites, les représentations de soi sont suffisamment différenciées des représentations d'objet pour permettre le maintien des frontières du moi (c'est-à-dire une démarcation nette entre le soi et les autres) et ce, à la différence des structures psychotiques où l'on trouve une refonte régressive ou une dé-différenciation entre les représentations du soi et les représentations d'objets ;

2) cependant, à la différence des structures névrotiques où toutes les images du soi (à la fois les bonnes et les mauvaises) ont été intégrées dans un soi complet et où les « bonnes » et les « mauvaises » images d'autrui peuvent être intégrées dans une conception globale d'autrui, une telle intégration échoue dans les états limites où les représentations du soi, tout comme les représentations d'objets, ne sont que des représentations affectives-cognitives multiples et contradictoires du soi et des autres ;

3) cet échec de l'intégration des « bons » et des « mauvais » aspects de la réalité du soi et des autres est probablement due à la réactivation

chez ces patients d'une agression précoce grave : la dissociation des représentations de soi et des représentations d'autrui « bonnes » et « mauvaises », protègent, dans son essence, l'amour et la bonté contre l'envahissement contagieux de la haine et du mal.

Dans l'entretien structural la diffusion d'identité se reflète dans l'histoire d'un comportement manifestement contradictoire ou dans l'oscillation entre des états affectifs qui impliquent ce comportement et une perception du soi manifestement contradictoire de telle sorte que l'enquêteur peut avoir des difficultés à les intégrer dans son effort d'empathie à l'endroit du patient et à le considérer comme un être humain « entier ». À la différence avec les pathologies névrotiques graves du caractère dans lesquelles un comportement contradictoire peut être le signe d'une vision pathologique mais intégrative du soi et des proches du patient, dans les états limites, c'est la vision intérieure de soi-même et des autres qui n'est pas intégrée.

Une patiente névrotique dont la structure de la personnalité et à dominante hystérique dit un jour par exemple qu'elle désire de l'aide à cause de ses inhibitions sexuelles, mais lorsqu'il s'agit d'en parler plus en détail dans l'entretien elle se montre réticente. Confrontée à cette contradiction, elle s'en explique en disant qu'elle avait le sentiment que les enquêteurs mâles se réjouissaient de l'effet d'humiliation qu'une femme ressentirait à leur parler de ses problèmes sexuels, qu'ils seraient peut-être sexuellement excités tout en prenant un malin plaisir à la déprécier en raison de sa sexualité inférieure. Cette conception des hommes et de la nature humiliante de ses expériences sexuelles tout autant que leur mise à jour, participent d'une conception intégrative — quoi que pathologique — du soi et des autres.

Par contre, une patiente qui présentait une structure infantile dominante de la personnalité et une organisation limite, expliquait à quel point elle était dégoutée par les hommes qui ne sortent avec une femme que pour s'en servir comme objet sexuel, et comment elle avait échappé aux sollicitations sexuelles d'un ancien patron et évitait les contacts sociaux afin d'échapper aux approches sexuelles prédatoires des hommes. Mais elle raconta également qu'elle avait travaillé comme « bunny » dans un club Playboy et elle se montra fort surprise lorsque l'enquêteur la confronta avec la contradiction entre ses assertions précédentes et le choix de ce travail particulier.

La diffusion d'identité se manifeste également dans le fait que — les descriptions que le patient fournit de ses proches ne permettent pas à l'enquêteur de s'en faire une idée, et de se les représenter clairement. Ces descriptions sont souvent tellement contradictoires qu'elles ne laissent paraître que des schémas grossiers ou des images superficielles de comportements isolés — ces proches ressemblent davantage à

des caricatures qu'à des personnes réelles. Une femme qui vivait dans un « ménage à trois » était incapable de décrire les traits particuliers de l'homme et de la femme avec lesquels elle vivait ainsi que la nature de leurs relations humaines et sexuelles, en particulier en ce qui concernait l'autre femme. Une autre patiente limite dotée d'une structure masochiste décrivait tantôt sa mère comme une personne chaleureuse, avenante, sensible et attentive aux besoins de la patiente, tantôt comme une femme froide, indifférente, insensible, introvertie et absente. Les efforts de clarification de ces contradictions apparentes accrurent tout d'abord son angoisse dans le même temps que la patiente reconnaissait la nature contradictoire de ces informations, mais elle eut ensuite le sentiment d'être attaquée par l'enquêteur : elle pensait qu'il la critiquait à cause des contradictions de ce portrait de sa mère et, implicitement, parce qu'elle faisait étalage de ses mauvais sentiments à son endroit. L'interprétation de la projection de ses propres sentiments de culpabilité sur l'enquêteur réduisit son angoisse, mais laissa la patiente avec l'impression pénible qu'elle avait une perception chaotique de sa mère. Il se peut, bien sur, qu'un patient décrive quelqu'un qui soit réellement chaotique de sorte qu'il faut pouvoir différencier une description chaotique d'un tiers de la description exacte d'un tiers chroniquement chaotique, ce qui est en pratique plus simple qu'il ne paraît.

L'entretien structural nous permet souvent de faire cette différence non seulement en comparant entre elles les relations du patient avec chacun de ses proches, mais également en explorant la manière dont le patient perçoit l'enquêteur et ses difficultés d'empathie avec les efforts de ce dernier pour rassembler ce qu'il perçoit des perceptions du patient à son endroit. En bref, l'entretien structural constitue une situation expérimentale dans laquelle il est possible de tester et d'explorer l'étendue de l'intégration du soi et des perceptions d'objets.

Une identité solide du moi ou une intégration consistante des représentations du soi et des représentations d'objets reflète une structure névrotique de la personnalité lorsque l'épreuve de réalité du patient est intacte. Une identité anormale et pathologiquement intégrée peut se manifester sous des formes hallucinatoires chroniques tant chez des patients maniaco-dépressifs que chez les schizophrènes. D'un point de vue structural ce sont à la fois l'intégration et la congruence avec la réalité qui différencient l'organisation névrotique de l'organisation limite de la personnalité.

La qualité des relations d'objet est une question structurale intimement liée à la précédente : il s'agit de la stabilité et de la profondeur des relations du patient avec ses proches, leur chaleur, leur

altruisme, leur intérêt, leur tact, ou bien encore l'empathie, la compréhension et le maintien de la relation lorsque celle-ci est perturbée par un conflit ou une frustration. La qualité des relations d'objet dépend en grande partie de l'intégration de l'identité qui ne comprend pas seulement le degré d'intégration, mais aussi la persistance dans le temps des conceptions que le patient a de lui-même et d'autrui. Nous avons normalement une expérience de nous-même constante dans le temps et indépendante de la variété des circonstances et des gens, et nous nous sentons en conflit lorsque des contradictions paraissent dans la conception que nous avons de nous-mêmes. Il en va de même pour notre expérience d'autrui. Mais dans les états limites cette continuité temporelle est perdue et ces patients ne sont guère capables d'une évaluation réaliste d'autrui. Les relations à long-terme du patient limite avec autrui se caractérisent par une distorsion croissante de la perception qu'il en a. Il est incapable d'une empathie réelle : ses relations interpersonnelles sont chaotiques ou superficielles, et ses relations intimes sont habituellement contaminées par des conflits génitaux et pré-génitaux.

Au cours de l'entretien, la qualité des relations d'objet du patient peut apparaître au cours de l'interaction avec l'enquêteur. Quoi que brèves de telles interactions diagnostiques avec les patients permettent souvent de différencier l'élaboration graduelle d'une relation inter-personnelle appropriée avec une personnalité névrotique de la relation bloquée, distordue, vide ou chaotique de la personnalité limite. S'il s'agit d'une organisation psychotique de la personnalité, privée de l'épreuve de réalité, des distorsions beaucoup plus sérieuses peuvent se manifester dans la relation patient-thérapeute. C'est la combinaison d'une distorsion de ce genre avec le maintien du sens de la réalité qui est si caractéristique des états limites. Le déplacement fréquent du sujet de l'entretien de l'interaction actuelle entre le patient et le thérapeute vers les difficultés interpersonnelles du patient apporte un matériel supplémentaire pour l'évaluation de la qualité des relations d'objet.

La dissociation et les opérations de défense connexes.

La nature de l'organisation des défenses constitue une autre différence entre la structure névrotique d'une part et celle des états limites et psychotiques de l'autre. Chez le névrosé cette organisation est centrée par le refoulement et d'autres mécanismes de défense complexes et d'un niveau supérieur. Par contre, dans les états limites et psychotiques, on rencontre une prédominance des mécanismes de défense primitifs contrés par le mécanisme de dissociation. Le

refoulement et les mécanismes connexes tels que les formations réactionnelles, l'isolation, la déconstruction, l'intellectualisation et la rationnalisation protègent le moi contre des conflits intrapsychiques en rejetant le dérivé de la pulsion ou ses représentants-représentation ou les deux en dehors du moi conscient. Par contre la dissociation et les mécanismes connexes protègent le moi contre les conflits en dissociant ou en séparant les expériences contradictoires de soi et des proches. Lorsque la dissociation et les mécanismes connexes dominent, des états contradictoires du moi sont actualisés alternativement et l'angoisse reliée à ces conflits est prévenue ou contrôlée aussi longtemps que ces états contradictoires du moi sont maintenus séparés.

Le mécanisme primitif de dissociation et les mécanismes connexes d'idéalisation primitive, les types primitifs de projection (en particulier l'identification projective), le déni, l'omnipotence et la dévaluation peuvent être suscités dans l'interaction clinique du patient et du thérapeute. Ces défenses protègent le patient limite d'un conflit intrapsychique mais au prix d'un affaiblissement du fonctionnement du moi, ce qui réduit l'efficacité et la souplesse de l'adaptation pendant l'entretien et dans la vie de ces patients en général. Lorsqu'on trouve ces mêmes mécanismes de défense primitifs dans l'organisation psychotique, il servent à protéger le patient contre un effacement plus grave des frontières entre le soi et l'objet. Le fait que les mêmes mécanismes de défense observables chez des patients limites et chez des patients psychotiques puissent avoir des fonctions aussi différentes est démontré par cette évidence clinique qu'est l'amélioration immédiate du fonctionnement du patient du patient limite et de l'intégration de son moi, après que la dissociation et les mécanismes connexes aient été interprétés. Cette amélioration immédiate, même si elle n'est que transitoire, de l'adaptation sociale et de l'épreuve de réalité peut être utilisée à des fins diagnostiques. Par contre l'interprétation de ces mécanismes de défense pendant l'entretien diagnostic accentue la régression du patient psychotique. Ainsi l'amélioration immédiate du patient ou l'accentuation de sa régression sous le coup de telles interprétations permet d'établir de façon tout à fait probante les diagnostic différentiel entre l'organisation limite et l'organisation psychotique de la personnalité.

Il est possible de mettre la dissociation et les mécanismes primitifs de défense en évidence tant en faisant l'analyse de la personnalité du patient telle qu'elle se manifeste dans ses relations avec ses proches (au travail ou à l'école, et dans sa vie sociale, familiale sexuelle, etc.) qu'en analysant l'entretien lui-même. Ayant déjà abordé la question de ces mécanismes de défense en détail ailleurs (Kerneberg, 1975 a), je

me contenterai d'indiquer brièvement les conclusions pertinentes pour l'établissement d'un diagnostic structural des états limites.

La dissociation.

La manifestation qui est probablement la plus claire de la dissociation est le partage des objets extérieurs en « tout bons » ou « tout mauvais », partage qui s'accompagne de la possibilité de déplacer brusquement et complètement n'importe quel objet d'un extrême à l'autre — c'est-à-dire le renversement complet et soudain de l'ensemble des sentiments et des conceptions à l'endroit de telle ou telle personne. L'oscillation extrêmement répétitive entre les pôles contradictoires de la conception du soi est une autre manifestation du mécanisme de dissociation. Pendant l'entretien diagnostic, de brusques modifications dans la manière dont le patient perçoit l'enquêteur ou un renversement complet de la manière dont il se perçoit lui-même ou encore une totale séparation entre deux réactions contradictoires à un même événement peuvent réfléter dans l'« ici et maintenant » de l'interaction, des mécanismes de dissociation ; il en va de même pour l'accroissement de l'angoisse du patient lorsqu'on lui montre les aspects contradictoires de son image-de-soi ou de ses représentations d'objets. L'effort de clarification, de confrontation et d'interprétation de ces aspects contradictoires des représentations du soi et des représentations d'objets du patient active les mécanismes de dissociation dans l'ici et maintenant de l'interaction et reflète leur fonction en ce qui concerne l'épreuve de réalité (augmentation ou diminution) et la rigidité des traits de caractère qui « fixent » la dissociation en problèmes stables.

L'idéalisation primitive.

Ce mécanisme complique la tendance à voir les objets extérieurs tout bons ou tout mauvais en accroissant artificiellement et pathologiquement leur « bonté » ou leur « méchanceté ». L'idéalisation primitive crée des images irréalistes, absolument bonnes et toute-puissantes ; ce qui peut se reflèter dans l'interaction avec le thérapeute que le patient voit comme un personnage idéal, omnipotent et divin entre les mains duquel il se remet de façon fort peu réaliste. Il peut voir également dans l'enquêteur, ou n'importe quel autre personnage idéalisé, un allié éventuel contre des objets également puissants, irréalistes et absolument mauvais.

Les formes précoces de la projection et, en particulier l'identification projective.

Au contraire des formes élaborées de la projection qui sont

caractérisées par l'attribution à une autre personne d'une impulsion que le patient refoule en lui, les formes primitives de la projection et, en particulier l'identification projective, sont caractérisées par :

1) la tendance à continuer à ressentir l'impulsion qui, dans le même temps, a été projetée sur une autre personne ;

2) la peur de celui sur lequel l'impulsion a été projetée ;

3) le besoin de contrôler l'objet extérieur, (l'autre personne), sous l'influence de ce mécanisme. C'est pourquoi l'identification projective détermine les aspects interpersonnels, intrapsychiques et comportementaux des interactions du patient, ce qui peut se manifester de façon dramatique dans l'entretien diagnostic. Le patient peut accuser l'enquêteur de réagir de telle ou telle manière envers lui, réaction qu'en fait, la patiente tente d'induire chez l'enquêteur par son comportement. Par exemple, un patient a accusé l'enquêteur d'être sadique tandis que lui-même le traitait d'une manière qui, au mieux, peut être décrite comme froide, manipulatrice, dérogative et soupçonneuse. L'interprétation de ce mécanisme de défense dans l'ici et maintenant permet souvent et dramatiquement, de différencier une personnalité paranoïde (qui est une constellation typique des états limites) d'un schizophrène paranoïde.

Le déni.

Chez les patients limites, on peut exemlifier le déni de façon typique, par le déni réciproque de deux champs de conscience affectivement indépendants (on peut dire dans ce cas que le déni renforce la dissociation). Le patient se rend compte que ses perceptions ses pensées et ses sentiments tant en ce qui le concerne qu'à l'égard d'autrui, sont parfois le contraire de ce qu'ils ont pu être, mais ses souvenirs n'ont aucune pertinence affective et sont sans influence sur ce qu'il ressent dans le moment présent. Le déni peut se manifester par une absence complète d'intérêt, d'angoisse ou de réaction affective vis-à-vis d'un besoin urgent, grave et immédiat, d'un conflit ou encore d'un danger qui menacent la vie du patient, de sorte qu'il se rend parfaitement compte de la situation dans le même temps qu'il en dénie les implications affectives. Il peut aussi se produire que tout un domaine de représentations conscientes du patient soit totalement coupé de leur vécu subjectif, le protégeant ainsi de conflits possibles. Les efforts d'empathie du thérapeute pour évaluer la vie actuelle du patient et les réactions humaines normales que l'on attendrait de lui vis-à-vis de telle ou telle situation réelle lui donne l'occasion de remarquer le contraste marqué entre cet effort et son attitude presque brusque ou indifférente à son endroit ou vis-à-vis de ses proches. Le

déni peut se manifester lorsque le patient parle de sa vie actuelle mais il peut être évident dans les contradictions entre le récit de cette vie et ses réactions lorsque l'attention se porte sur l'entretien diagnostique.

La toute puissance et la dévaluation.

L'omnipotence et la dévaluation sont des dérivés du mécanisme de dissociation lorsqu'il affecte les représentations de soi et les représentations d'objets. Ils sont typiquement représentés par l'activation d'états du moi qui expriment la relation d'un moi démesuré, grandiose et tout puissant à des représentations d'autrui dépréciées, dévalorisées et désaffectivées. Les personnalités narcissiques qui constituent un sous-groupe particulier des états limites présentent ces mécanismes de défense de façon frappante. L'omnipotence et la dévaluation peuvent être manifestes dans les descriptions que le patient donne de ses proches, de ses interactions avec eux et également dans son comportement pendant l'entretien diagnostique. Dans cette conjonction il convient de mettre en lumière le moindre indice, si subtil soit-il, d'un comportement pathologique lorsqu'il est suscité par les premiers contacts diagnostiques avec le patient. Si l'on considère qu'ordinairement un patient essaie de se présenter sous son meilleur jour dans toute nouvelle situation (et que le contraire est le signe d'une pathologie grave du caractère), il faut en conclure qu'un comportement manifestement inadéquat, lorsqu'il est manifeste, ou les plus subtiles déviations dans un comportement par ailleurs « normal » doivent être relevés pendant l'entretien diagnostique.

Le maintien de l'épreuve de réalité.

Au contraire de ce qui se passe dans les états psychotiques, l'épreuve de réalité est maintenue dans les états névrotiques aussi bien que dans les états limites. C'est pourquoi, alors que le syndrome de diffusion d'identité et la prédominance de mécanismes primitifs de défense permet la différenciation structurale des états névrotiques et des états limites, l'épreuve de réalité permet de différencier les états limites des principaux syndromes psychotiques. On définit l'épreuve de réalité comme la capacité de distinguer le soi du non-soi, les origines extérieures des perceptions et des stimuli de leurs origines intrapsychique, et la capacité d'évaluer ses propres-affects, ses comportements et ses pensées d'une manière réaliste et dans les termes des normes sociales habituelles. Du point de vue clinique, l'épreuve de réalité se reconnaît à 1) l'absence d'hallucinations et d'illusions ; 2) l'absence d'affects, de pensées et/ou de comportements manifestement inappropriés ou bizares ; 3) la capacité d'établir une relation empathique et de

comprendre les observations des personnes à qui les affects, les pensées et les comportements du patient paraissent inappropriés ou surprenants dans le contexte habituel des interrelations sociales. Ainsi définie, l'épreuve de réalité doit être différenciée des altérations de l'expérience subjective de la réalité qui peuvent se manifester chez tout patient en état de détresse psychologique, ainsi que des perturbations dans les relations à la réalité qui se manifestent dans toutes les caractéropathies ainsi que dans les états psychotiques et qui ne possèdent de valeur diagnostique que dans ses formes extrêmes (French, 1964). Comment l'épreuve de réalité se manifeste-t-elle dans l'entretien diagnostique structural ?

1) l'épreuve de réalité est intacte dans les informations que fournit le patient lorsqu'il nous indique qu'il n'a jamais souffert d'hallucinations ou d'illusions ou bien que si tel a tout de même été le cas dans le passé, il est à même de les évaluer pleinement et complètement tout en se montrant étonné et proprement concerné par ces phénomènes.

2) chez les patients qui n'ont jamais eu d'hallucinations ou d'illusions, l'enquêteur peut évaluer l'épreuve de réalité en insistant fortement sur les affects, les pensées et/ou les comportements, inappropriés qu'il a observé. L'épreuve de réalité se manifeste dans les capacités d'empathie du patient à l'endroit des perceptions de l'enquêteur en ce qui concerne ces éléments caractéristiques et, de façon plus subtile, à l'endroit des perceptions de l'enquêteur dans son interaction globale avec le patient. C'est pourquoi l'entretien structural constitue une occasion idéale pour tester l'épreuve de réalité et, par conséquent pour différencier l'organisation limite de l'organisation psychotique.

3. Pour des raisons que nous avons déjà évoquées, on peut également évaluer l'épreuve de réalité en interprètant les mécanismes primitifs de défense qui se sont manifestés dans l'interaction patient/thérapeute. L'amélioration immédiate de l'attitude générale du patient à la suite d'une telle interprétation est le signe du maintien de l'épreuve de réalité alors qu'une détérioration immédiate de l'attitude et le signe de sa perte.

Les manifestations non-spécifiques de la faiblesse du moi.

Les aspects non-spécifiques de la faiblesse du moi comprennent l'intolérance à l'angoisse, l'absence de contrôle des impulsions et le non-développement des voies de la sublimation. Il convient de les distinguer des aspects spécifiques de la faiblesse du moi : l'affaiblissement du moi en conséquence de la prédominance des mécanismes de défense primitifs. La tolérance à l'angoisse est une fonction du degré jusqu'où le patient peut supporter un surcroît de tension par rapport à

celle qu'il vit habituellement, sans que ses symptômes ou son comportement régressif général ne s'accroissent ; le contrôle des impulsions est une fonction du degré jusqu'où le patient peut vivre des exigences instinctuelles ou de fortes émotions sans avoir à passer à l'acte immédiatement contre le meilleur de son jugement et de ses intérêts ; et l'efficacité sublimatoire est une fonction du degré jusqu'où le patient peut investir dans des valeurs situées au-delà de ses propres intérêts les plus immédiats, ou de sa propre protection — en particulier le degré jusqu'où il est capable de développer ses capacités créatrices dans des domaines situés au-delà des limites de son milieu, de son éducation et de sa formation.

Ces traits caractéristiques, bien qu'ils reflètent des conditions structurales, sont manifestes dans le comportement direct tel qu'il apparaît dans l'histoire du patient. Les manifestations non-spécifiques de la faiblesse du moi permettent de différencier les états limites et psychotiques des états névrotiques mais leurs fonctions de différenciation des structures limites et des structures névrotiques est moins claire et moins précise que ne le sont les critères structuraux que nous avons mentionné auparavant (intégration de l'identité et niveau de l'organisation des défenses). Ainsi, par exemple, de nombreuses personnalités narcissiques qui révèlent une organisation limite de la personnalité, présentent moins d'indices de symptômes non-spécifiques de faiblesse du moi qu'on pourrait s'y attendre.

L'absence d'intégration du surmoi.

Les types névrotiques d'organisation de la personnalité sont caractérisés par un surmoi bien intégré quoiqu'extrêmement sévère. Les organisations limites et psychotiques reflètent les altérations de l'intégration du surmoi et sont caractérisées par des représentations d'objets idéalisés et sadiques. On peut évaluer l'intégration du surmoi en étudiant le degré d'identification du patient aux valeurs éthiques et le degré de culpabilité normale comme facteur principal de régulation. La régulation de l'amour-propre par un sentiment de culpabilité excessif et pathologique ou bien des oscillations d'humeur dépressive, représentent une intégration pathologique du surmoi (typique de l'organisation névrotique) qui contraste avec les fonctions auto-critiques modulées et orientées de façon spécifique des valeurs éthiques de l'individu normal. Le degré jusqu'où un sujet est capable de régler son mode de vie sur des principes éthiques en s'abstenant d'exploiter, de manipuler ou de maltraiter autrui, ainsi que sa capacité de rester honnête et moralement intègre en l'absence de tout contrôle extérieur, sont les signes de l'intégration du surmoi. Ce critère est moins fiable

pour le diagnostic que celui que nous avons décrit précédemment. Même les patients qui emploient principalement des défenses primitives peuvent faire preuve d'intégration du surmoi, bien qu'elle puisse être de nature sadique, et certains patients, dont l'organisation de la personnalité est limite, font preuve d'une intégration relativement satisfaisante du surmoi en dépit d'une pathologie grave dans le domaine de l'intégration de l'identité, des relations d'objet et de l'organisation des défenses. Par ailleurs, il est plus facile d'obtenir des informations au sujet de l'intégration du surmoi à partir de l'histoire du patient et au cours d'une observation à long terme que pendant l'entretien diagnostique. Néanmoins, l'importance pronostique du degré d'intégration du surmoi en fait un critère structural d'une importance considérable pour l'indication ou la contre-indication d'une psychothérapie intensive à long terme. En fait, la qualité des relations d'objet et du fonctionnement du surmoi, sont vraisemblablement les deux critères pronostiques les plus importants qui se dégagent d'une analyse structurale.

Les caractéristiques génétiques et dynamiques de la constellation principale des conflits instinctuels.

Ces caractéristiques structurales concernent l'organisation des contenus mentaux dominants ; ils se reflètent dans les vicissitudes de la vie instinctuelle et les conflits des patients limites et elles apportent un éclaircissement sur les aspects qualitatifs bizares et étranges de leurs relations d'objets au cours des années. Bien qu'ils ne deviennent tout à fait manifestes qu'au cours d'une psychothérapie à long cours, ces contenus caractéristiques sont relativement difficiles à évaluer pendant les entretiens diagnostiques et nous ne les décrirons ici que par souci de complétude.

Les états limites présentent une condensation pathologique de conflits instinctuels génitaux et prégénitaux, avec prédominance d'agression prégénitale (Kernberg, 1975a). Cette hypothèse explique les caractéristiques cliniques de la condensation bizare et inappropriée d'impulsions sexuelles dépendantes et agressives que l'on trouve dans les organisations psychotiques et limites. La persistance chaotique de peurs et de pulsions primitives qui se manifestent en surface, la pansexualité des états limites, représentent l'amalgame de plusieurs des diverses solutions pathologiques possibles à ces conflits.

Il convient de souligner ici l'importance considérable de l'écart entre l'histoire effective du développement du patient et la fixité de la manière dont il l'a vécue intérieurement. Dans l'exploration psychanalytique de ces cas, nous ne découvrons pas ce qui s'est passé dans la

réalité extérieure, mais comment le patient a vécu ses relations d'objets dans le passé. C'est pourquoi nous ne pouvons pas prendre l'histoire initiale du patient pour argent comptant : plus la pathologie du caractère est grave et moins l'histoire initiale est fiable. Dans les troubles graves de la personnalité narcissique et dans l'organisation limite de la personnalité en général, l'histoire initiale du développement précoce est souvent vide ou chaotique voire même trompeuse, et ce n'est qu'après des années de traitement qu'il est possible de reconstruire une séquence génétique interne (au sens des origines intrapsychiques) et de la relier d'une quelconque manière aux expériences vécues affectivement par le patient dans le passé.

Les traits caractéristiques des conflits instinctuels, dont nous avons donné la liste, et que l'on trouve le plus souvent dans les états limites, rejoignent les observations rapportées dans la littérature que nous avons résumées par ailleurs (Kernberg, 1975 a) et mes propres expériences en psychothérapie intensive et en psychanalyse des cas limites. On trouve en premier lieu une augmentation de l'agressivité du conflit œdipien de telle sorte que, de façon typique, l'image du rival œdipien acquiert des qualités destructrices terrifiantes et incommensurablement dangereuses, l'angoisse de castration et le désir de pénis sont très exagérés et envahissantes et la prohibition des relations sexualisées acquiert une qualité sauvage et primitive qui se manifeste par de graves tendances masochistes ou la projection surmoïque des persécuteurs surmoïques.

En deuxième lieu, l'idéalisation de l'objet d'amour hétérosexuel de la relation œdipienne négative sont toutes deux exagérées et elles assurent des fonctions défensives marquées contre la rage primitive. Il se produit donc une combinaison entre l'idéalisation irréaliste et le désir de tels objets, et la possibilité d'une destruction rapide de cette idéalisation accompagnée d'un renversement de la relation de positive à négative ou, inversement, par un glissement rapide et total de la relation d'objet. L'idéalisation est donc à la fois excessive et fragile, tandis que vient se surajouter la complication d'une dévalorisation aisée des objets idéalisés et d'un retrait total dans le cas d'une caractéropathie narcissique.

En troisième lieu, la nature irréaliste du rival œdipien menaçant et de l'idéalisation de l'objet désiré révèle, au terme d'une analyse génétique prudente, l'existence d'images irréelles et condensées du père et de la mère qui reflètent la condensation de certains aspects des relations avec les deux parents. Tandis que les différences sexuelles se trouvent maintenues dans les relations d'objets, la relation fantasmée avec chacun de ces objets est irréaliste et primitive et elle reflète la condensation des relations idéalisées ou menaçantes qui dérivent des

développements œdipiens et pré-œdipiens et un déplacement rapide des relations libidinales et agressives d'un objet parental à l'autre. Chaque relation particulière avec un objet parental prédominant finit par refléter une histoire du développement plus complexe que chez les patients névrotiques — à l'exception des cas les plus graves — pour lesquels les développements tranférentiels sont plus étroitement liés à des événements réels du passé.

Quatrièmement, les conflits génitaux des patients qui présentent une prédominance de conflits œdipiens servent à d'importantes fonctions prégénitales. Ainsi le pénis, par exemple, peut acquérir les caractéristiques de la mère qui nourrit, qui se refuse ou qui attaque (fondamentalement la fonction nourissante du sein), et le vagin peut acquérir les fonctions d'une bouche affamée, nourissante ou agressive ; des développements similaires peuvent se produire en ce qui concerne les fonctions anales et urinaires. Bien que les patients névrotiques et les patients atteints de caractéropathies moins graves, présentent eux aussi fréquemment des caractéristiques semblables, leur association avec une augmentation excessive de l'agressivité de toutes les fonctions libidinales pré-génitales est typique des patients limites.

Cinquièmement, les patients limites montrent de façon typique ce que l'on pourrait appeler une œdipianisation prématurée de leurs relations et de leurs conflits pré-œdipiens, et une progression défensive de leur développement instinctuel qui se reflète cliniquement dans l'œdipianisation précoce du transfert. Cette œdipianisation précoce du transfert s'avère souvent fausse dans la mesure où elle peut ramener vers une pathologie pré-œdipienne grave et chaotique et pourtant, dans le même temps, elle est significative car elle constitue un indice de l'organisation défensive prédominante des conflits œdipiens qui, éventuellement, après parfois des années de traitement, domineront dans le transfert. Dans ce sens, le développement de nos connaissances en ce qui concerne la précocité de l'éveil génital dans les deux sexes et la différence dans les relations mère-enfant, en fonction du sexe de l'enfant, peut fournir des informations sur le comportement précoce de l'enfant en rapport avec les processus intrapsychiques grâce auxquels le passage des conflits pré-œdipiens à l'œdipianisation des relations d'objet peut s'opérer.

Dans la pratique, les constellations de conflits œdipiens distordus par des éléments pré-œdipiens, sont ceux que l'on rencontre le plus fréquemment. Dans les deux sexes, le déplacement des besoins de dépendance frustrés de la mère vers le père colore la relation œdipienne positive de la fille et la relation œdipienne négative du garçon. Le déplacement des conflits agressifs-oraux de la mère vers le père accroît l'angoisse de castration et la rivalité œdipienne chez les

garçons, l'envie de pénis et les distorsions qui s'y rattachent chez les filles. Une agression pré-génitale de la mère renforce, chez les filles, leurs tendances masochistes à l'égard des hommes, des graves prohibitions surmoïques contre la génitalité en général et la relation œdipienne négative à la mère, ce qui constitue les formes d'idéalisation défensive et de formation réactionnelle à l'agression. La projection des conflits primitifs qui concernent l'agression sur la relation sexuelle des parents accroît les distorsions et l'horreur de la scène primitive et suscite une envie et une jalousie destructrice à l'endroit de la bonne relation entre les parents qui peut ultérieurement s'étendre à toutes les formes d'amour mutuel chez autrui. D'une façon plus générale le déplacement défensif des impulsions et des conflits d'un parent à l'autre favorise le développement d'images parentales bisexuées, combinées de manière confuse et fantastique et condensées sous l'influence de la projection de certaines impulsions.

Tous ces éléments caractéristiques des conflits instinctuels chez les patients limites se reflètent dans leur symptomatologie initiale, leur comportement sexuel, leurs fantasmes et leurs relations interpersonnelles, mais, comme nous l'avons indiqué précédemment, ils ne se prêtent pas toujours à une analyse en profondeur au cours des premiers entretiens diagnostiques. C'est pourquoi, à toutes fins pratiques, ces considérations génético-dynamiques sont moins pertinentes en ce qui concerne le diagnostic structural qu'elles ne le sont pour l'exploration, d'un point de vue thérapeutique, des principaux conflits du patient et de leurs caractéristiques impulsives et défensives.

Résumé, perspectives et conclusion.

Les éléments essentiels pour l'élaboration d'un diagnostic différentiel des états limites d'un point de vue structural sont les critères de :

1) l'intégration de l'identité versus la diffusion d'identité et la qualité corrélative des relations d'objets ;

2) la prédominance des constellations d'opérations défensives centrées sur le refoulement vers celles qui sont centrées par la dissociation et,

3) la présence ou l'absence de l'épreuve de réalité. Ces trois critères devraient permettre la différenciation d'une grande majorité des cas limites d'avec les patients névrotiques d'un côté et les psychotiques de l'autre.

Toutefois certaines questions restent ouvertes à date et exigeront dans l'avenir de nouvelles recherches cliniques et expérimentales. Par exemple le diagnostic structural des cas limites pendant des périodes

de régression temporaire, tels ces courts épisodes chaotiques sous l'influence d'un choc émotif grave, de l'alcool ou des drogues. Une certaine expérience clinique préliminaire indique que l'entretien diagnostique structural peut permettre de différencier les cas limites dans ces moments particuliers en réduisant temporairement la perte de l'épreuve de réalité, toutefois il faudra une exploration plus poussée pour le confirmer. Les caractéristiques descriptives de tels épisodes psychotiques de courte durée et le fait qu'ils s'ancrent dans une organisation limite constitue en fait un critère diagnostique positif.

Un autre problème est posé par les réactions psychotiques qui apparaissent sous l'influence des drogues psychotomimétiques qui, à leur acmé, posent la question d'un diagnostic différentiel entre les épisodes psychotiques aigus des états limites et les réactions schizophréniques aiguës. Là encore, des incursions préliminaires semblent indiquer que la perte de l'épreuve de réalité dans les psychoses toxiques chez les cas limites peut s'améliorer temporairement au cours de l'évaluation diagnostique structurale que nous proposons, alors que nous obtiendrons une augmentation temporaire de la régression lorsque nous interprèterons les défenses primitives au cours d'un épisode schizophrénique. Il ne s'agit toutefois que d'impressions préliminaires.

Une question d'importance est posée par les caractéristiques structurales des patients schizophrènes chroniques lors d'une période de rémission. Mes collègues et moi-même, avons observé divers types d'organisation de la personnalité chez de tels patients. Certains patients schizophrènes semble avoir « cicatrisé » et présentent une organisation névrotique de la personnalité pendant ces périodes de rémission, d'autres états schizophréniques chroniques présentent une régression psychotique typique au cours de l'entretien structural pendant ces périodes de rémission clinique, ce qui indique la permanence ou la persistance d'une structure essentiellement psychotique, et certains patients schizophrènes « cicatrisent » en présentent une organisation limite. Ainsi, bien que la structure sous-jacente de la personnalité des schizophrènes chroniques ne soit pas uniforme pendant les périodes de rémission, il est toutefois possible de différencier, grâce aux critères structuraux, des organisations psychotiques authentiques de la personnalité des patients qui possèdent un potentiel élevé de « cicatrisation ». Ceci peut avoir des implications thérapeutiques et pronostiques en ce qui concerne les prédispositions et les caractéristiques des déplacements dans l'organisation prédominante de la personnalité qu'on observe chez certains schizophrènes chroniques pendant les périodes de rémission.

Un autre problème est soulevé par l'examen diagnostique des divers

types de patients psychotiques lorsqu'ils sont sous l'influence de médications anti-psychotiques spécifiques. Les effets des principaux tranquillisants, des anti-dépresseurs et du lithium sur l'organisation de la personnalité ont encore besoin d'être étudiés. L'évaluation des caractéristiques structurales de la personnalité de patients maniaco-dépressifs en période de rémission est un domaine dans lequel mes collègues et moi-même ne disposons pas d'une expérience préliminaire suffisante pour que nous puissions nous permettre de formuler des conclusions définitives.

Les critères structuraux que nous avons proposés peuvent être considérés comme des instruments de diagnostic précieux qu'il convient d'utiliser conjointement avec une évaluation des symptômes descriptifs des diverses conditions psychotiques que nous avons citées. L'approche diagnostique structurale constitue un apport significatif à la clinique psychiatrique et accroître l'acuité, la précision et l'exactitude des diagnostics différentiels, tout en ajoutant d'importants éléments aux considérations d'ordre pronostique et thérapeutique pour chaque cas particulier. Mais il est vraisemblable qu'il en est qui échapperont à notre diagnostic différentiel, du moins lorsque nous ne disposons que de peu de temps.

L'approche structurale du diagnostic des états limites met en relief la nécessité centrale de diagnostiquer à partir d'une vision globale du patient, et de considérer sa vie intérieure et ses relations d'objets dans les termes mêmes où il se considère lui-même ou dont il conçoit ses proches en tant qu'individus intégrés. Paradoxalement, cette approche dynamique fondée sur la théorie de la relation d'objet, et qui semble aller à l'encontre de l'approche diagnostique orientée vers la description, le symptôme et le comportement, l'enrichit. Il ne s'agit pas de choisir l'une ou l'autre, les deux sont valables. Du point de vue de la méthodologie de la recherche, le morcellement du comportement humain en manifestations fragmentées du comportement est plus simple et apparemment plus « objectif » que les efforts pour saisir l'être humain dans sa totalité. Toutefois, en dépit des difficultés méthodologiques que cette approche structurale implique, l'étude de l'individu dans son ensemble peut, en fin de compte, fournir une base plus solide aux recherches sur l'organisation et les changements de la personnalité.

Le diagnostic de cas limite affecte à la fois le pronostic et le traitement. Lorsque le diagnostic structural d'état limite, plutôt que de névrose symptomatique ou de caractéropathie ordinaire, est porté, il implique des limitations dans l'utilisation de la psychanalyse à des fins thérapeutiques, et indique par contre le recours préférentiel à une psychothérapie intensive d'orientation psychanalytique à long terme plutôt qu'à une psychothérapie de soutien ; il indique la nécessité

d'évaluer précautionneusement si, et comment, il conviendra de structurer la vie extérieure du patient lorsqu'une telle psychothérapie intensive est en cours ; il signifie qu'en cas de crise, il faudra avoir recours à l'intervention de crise, et il faudra finalement décider quelle forme de thérapie il conviendra de choisir : exploratoire ou de soutien. Pour les cas où la psychothérapie exploratoire est contre-indiquée au profit de la psychothérapie de soutien, il faudra se faire à l'idée que le patient aura peut être besoin de ce soutien pendant de longues années voire même à vie.

À mon avis un tel diagnostic a une valeur pronostique beaucoup plus favorable qu'il y a seulement 20 ou 30 ans. Dans le cas de patients schizophrènes chroniques, le diagnostic d'une organisation limite de la personnalité — à l'opposé d'une organisation psychotique — pendant les périodes de rémission, indique la possibilité d'entreprendre une psychothérapie psychanalytique et, implicitement, la possibilité d'une amélioration considérable de la structure de la personnalité qui assure au patient une protection supplémentaire contre un effondrement psychotique.

. . . DIAGNOSTIQUE STRUCTURAL DES ÉTATS LIMITES 195

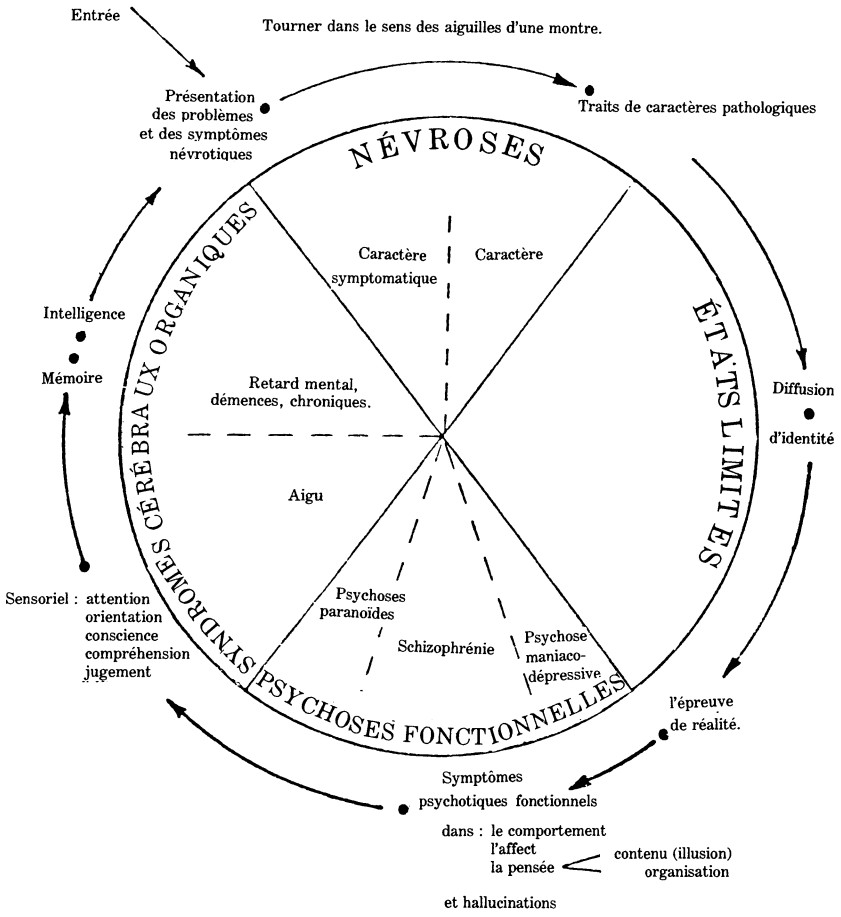


Figure 1.

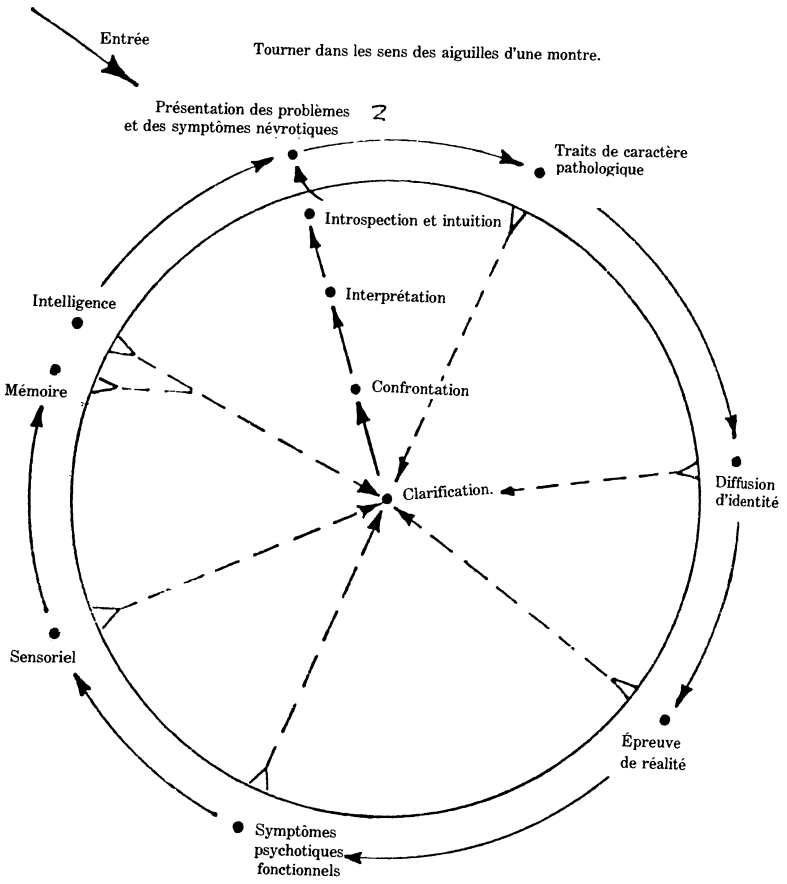

Entrée
Tourner dans les sens des aiguilles d'une montre.
Présentation des problèmes et des symptômes névrotiques
Traits de caractère pathologique
Introspection et intuition
Interprétation
Confrontation
Clarification.
Intelligence
Mémoire
Sensoriel
Diffusion d'identité
Épreuve de réalité
Symptômes psychotiques fonctionnels

Figure 2.

. . . DIAGNOSTIQUE STRUCTURAL DES ÉTATS LIMITES 197

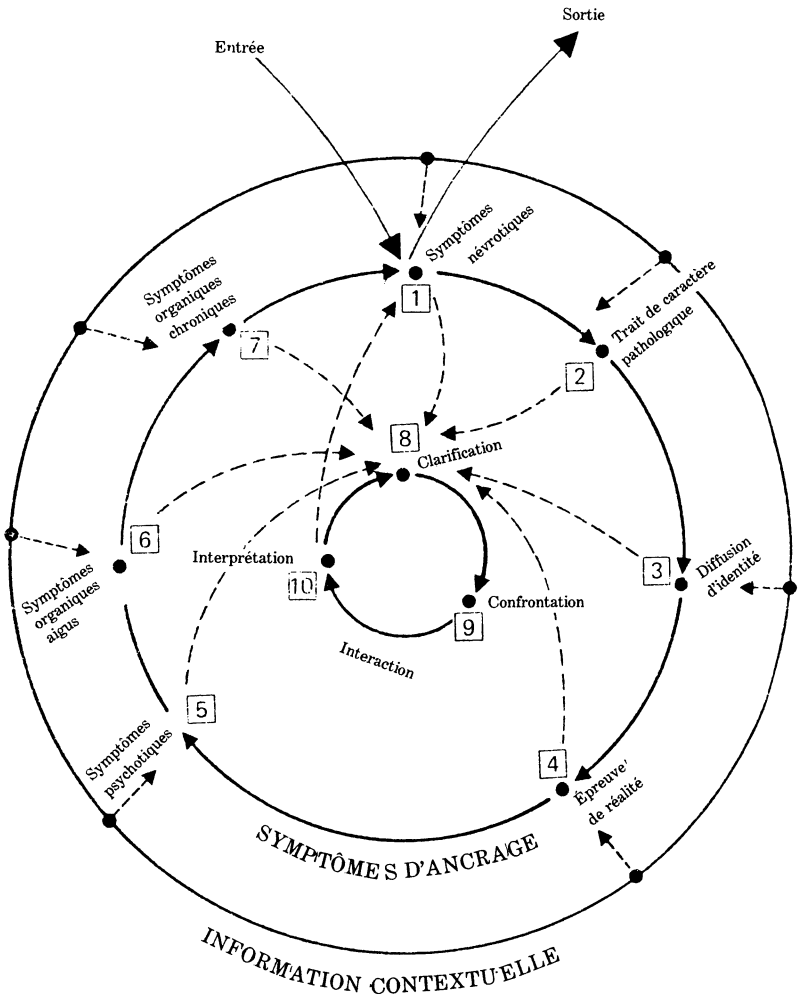


Figure 3.

BIBLIOGRAPHIE

Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H.K. (1973), *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York : Wiley-Interscience.

Deutsch. F. (1949), *Applied Psychoanalysis*. New York : Grune & Stratton.

Freud, S. (1923), The ego and the id. *Standard Édition*, 19 : 3-66. London : Hogarth Press, 1961.

Fromm-Reichmann, F. (1950), *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago : University of Chicago Press.

Frosch, J. (1964), The psychotic character : Clinical psychiatric consideration. *Psychiat. Quart., 38 : 91-96.*

Gill, M. M., Newman, R., & Redlich, F. C. (1954), The Initial Interview in Psychiatric Practice. New York : International Universities Press.

Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein, R. M. (1946), Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2 : 11-38. New York : International Universities Press.

Kernberg, O. F., et al. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis : Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bull. Menninger Clinic*, 36(1/2).

_____ (1975a), *Bordeline Conditions and Pathological Narcissism*. New York : Jason Aronson.

_____ (1975b), Transference and countertransference in the treatment of bordeline patients. *Strecker Monograph Series*, XII. Also in : *Nat. Assn. Private Psychiat. Hosp.*, 7 : 14-24.

_____ (1976a), Technical considerations in the treatment of bordeline personnality organization. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 24 : 795-829.

_____ (1976b), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York : Jason Aronson.

Laughlin, H. P. (1956), *The Neuroses in Clinical Practice*. Philadelphia : Saunders.

MacKinnon. R. A., & Michels, R. (1971), *The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia : Saunders.*

Menninger, K. A. (1952), A Manual for Psychiatric Case Study. New York : Grune & Stratton.

Panel (1977), Varieties of oedipal distortions in severe character pathologies. W. S. Robbins, reporter, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 25 : 201-218.

Powdermaker F. (1948), The techniques of the initial interview and methods of teaching them. *Armer. J. Psychiat.*, 104 : 642-646.

Rapaport, D., & Gill, M. M. (1959), The points of view and assumptions of metapsychology, *Internat, J. Psycho-Anal.*, 40 : 153-162.

Rogers, C. R. (1951), *Client-Centered Therapy*. Boston : Houghton Mifflin. Sullivan, H. S. (1954), *The Psychiatric Interview*. New York : Norton.

Whitehorn J. C. (1944), Guide to interviewing and clinical personality study. *Arch. Neurol. Psychiat., 52 : 197-216.*

Texte 4
A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders

Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In Clarkin, J.F. et M. Lenzenweger (Eds), *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 106-128.

3

A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders

OTTO F. KERNBERG

CATEGORICAL VERSUS DIMENSIONAL MODELS OF PERSONALITY DISORDERS

Why is it important to attempt to formulate a psychoanalytic view of the etiology, structure, and mutual relations of the personality disorders? First, it is necessary to do so because of advances in the psychoanalytic understanding of particular types of personality disorders, their diagnosis, treatment, and prognosis, and their high prevalence. Second, it is necessary because major controversies continue in psychological and psychiatric research dealing with these disorders, which an exploration from a psychoanalytic viewpoint might possibly help to resolve. I am referring to such controversies as (1) whether categorical or dimensional criteria should be used for classifying these disorders, (2) the relative influence of genetic and constitutional, psychodynamic, and psychosocial determinants of these disorders, and, most importantly, (3) the relationship between descriptive or surface behavior and underlying biological and psychological structures.

A major problem is the understanding of the psychopathology of these disorders, that is, how the various behavioral characteristics of any particular personality disorder relate to each other and to their particular predisposing and causative factors. Empirical researchers studying specific personality disorders (such as the borderline personality disorder, the narcissistic personality disorder, the antisocial personal-

ity disorder) have attempted to pinpoint their etiological factors, but they have repeatedly found that multiple factors appear to combine in the background of any particular personality disorder, without a clear answer to how these factors relate to each other in codetermining a specific type of psychopathology (Marziali, 1992; Paris, 1994; Steinberg, Trestman, & Siever, 1994; Stone, 1993a, 1993b).

Researchers proceeding with a dimensional model usually carry out complex factor analyses of a great number of behavioral traits, leading to specific factors or a few overriding behavioral characteristics that, in different combinations, would seem to characterize the particular personality disorders described by clinicians (Benjamin, 1992, 1993; Costa & Widiger, 1994; Widiger & Frances 1994; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson & Costa, 1994). This approach links particular behaviors and lends itself to establishing a general theory, which in turn integrates the major dimensions arrived at by statistical analyses. These dimensions, however, tend to have rather general relations to any particular personality disorder and, so far, seem to have been of little use for clinical purposes. (One notable exception may prove to be Benjamin's [1992, 1993] ''structural analysis of social behavior [SASB]'' a model strongly influenced by contemporary psychoanalytic thinking.)

A currently well-known dimensional model, the five-factor model, has synthesized numerous factor analyses into the proposal that Neuroticism, Extroversion, Openness, Agreeableness, and Conscientiousness constitute basic factors that may describe all ''officially'' accepted personality disorders in DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994; Costa & Widiger, 1994; Widiger et al., 1994). The problem, I believe, is whether these are really fundamental determinants of the organization of the normal personality or even of the personality disorders. An ''equalization'' of these character traits seems strange when applied to the subtleties of the clinical features of specific personality constellations. To develop factorial profiles for each personality disorder on the basis of those five factors has an eerie quality of unreality for the experienced clinician.

Those researchers who are inclined to maintain a categorical approach to personality disorders, usually clinical psychiatrists motivated to find specific disease entities, tend to proceed differently. They study the clinically prevalent constellations of pathological personality traits, carry out empirical research regarding the validity and reliability of the corresponding clinical diagnoses, attempt to achieve a clear differentiation between personality disorders, and, of course, keep in mind the clinical relevance of their approaches (Akhtar, 1992; Stone, 1993a). This approach, pursued in DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) and DSM-IV, has helped to clarify—or at least to per-

mit the clinical psychiatrist to become better acquainted with—some frequently seen personality disorders. The approach has been plagued, however, by the high degree of comorbidity of the severe types of personality disorders, and by the unfortunate politicalization of decision making, by committee, of what personality disorders to include and exclude in the official DSM system, and under what labels (Jonas & Pope, 1992; Kernberg, 1992; Oldham, 1994). For this reason, a common personality disorder such as the hysterical personality disorder has remained excluded, whereas the depressive-masochistic personality disorder, excluded under DSM-III, has now reemerged under the heading "depressive personality disorder" in the appendix of DSM-IV, but shorn of its masochistic component (previously "tolerated" in DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) under the then still politically correct title of "self-defeating" personality disorder) (Kernberg, 1992).

A major problem of both categorical and dimensional classification systems, in my view, has been the tendency to anchor the empirical research too closely to surface behavior, behavior that may serve very different functions according to the underlying personality structures. Thus, for example, what is seen as social timidity, social phobia, or inhibition, and may contribute to a diagnosis of either a schizoid or an avoidant personality, may in fact reflect the cautiousness of a deeply paranoid individual, or the fear of exposure of a narcissistically grandiose individual, or a reaction formation against exhibitionistic tendencies in a hysterical individual. A related problem is the necessary dependency, in large-scale research efforts, on standardized inquiries or questionnaires that tend to be responded to, in part, according to the social values of particular personality traits: for example, to be excessively conscientious has a more desirable value than being irresponsible, to be generous a higher value than being envious, and so forth. Our very diagnostic instruments need much further elaboration and may even have contributed to some of our problems.

It is far from my intention to suggest that a psychoanalytic exploration will resolve all existing problems. I cannot at this point, present a satisfactory, integrated psychoanalytic model of classification of personality disorders. For psychoanalytically oriented research has also been limited by the difficulty in assessing abnormal personality traits outside the clinical situation, the enormous difficulties inherent in carrying out research on the psychoanalytic situation itself, and the controversies that have developed, within contemporary psychoanalysis, regarding the treatment approaches to some personality disorders, such as, for example, the borderline and the narcissistic personalities.

A psychoanalytic study of patients with personality disorders undergoing psychoanalytic treatment, however, allows us to observe the relationships (1) among the patient's pathological personality traits, (2) between surface behavior and underlying psychic structure, (3) between various constellations of pathological behavior patterns as they change in the course of treatment, (4) between motivation of behavior and psychic structure, and (5) between changes in the patient's behavior and shifts in dominant transference patterns.

In fact, the possibility of jointly evaluating a patient's motivation, intrapsychic structure, and therapeutic change provides important information regarding the origins, functions, and mechanisms of these therapeutic changes in patients with personality disorders.

In addition, the observation of infant–caregiver interactions from a psychoanalytic perspective, the study of the effects of early trauma on the development of psychological functioning from such a perspective, and efforts to link these observations with the study of early development from behavioral and biological perspectives should mutually enrich these fields. Perhaps even more importantly, the psychoanalytic approach to personality disorders permits, I believe, the development of particular techniques to deal with the specific transferences of these disorders and obtain significant characterological change as a consequence of shifts in transference patterns, a clinical observation that still needs to be grounded in empirical research. In this connection, some of the subtle aspects of the differential diagnosis of the personality disorders facilitated by a psychoanalytic approach permit us to establish prognostic indicators, such as the differentiation between the narcissistic personality disorder, the malignant narcissism syndrome, and the antisocial personality proper (Bursten, 1989; Hare, 1986; Kernberg, 1989; Stone, 1990).

TEMPERAMENT, CHARACTER, AND THE STRUCTURE OF THE NORMAL PERSONALITY

To begin, I shall refer to temperament and character as crucial aspects of personality. Temperament refers to the constitutionally given and largely genetically determined, inborn disposition to particular reactions to environmental stimuli, particularly to the intensity, rhythm, and thresholds of affective responses. I consider affective responses, particularly under conditions of peak affect states, crucial determinants of the organization of the personality. Inborn thresholds regarding the activation of both positive, pleasurable, rewarding, and negative, painful, aggressive affects represent, I believe, the most important bridge

between biological and psychological determinants of the personality (Kernberg, 1994). Temperament also includes inborn dispositions to cognitive organization and to motor behavior, such as, for example, the hormonal-, particularly testosterone-derived differences in cognitive functions and aspects of gender role identity that differentiate male and female behavior patterns. Regarding the etiology of personality disorders, however, the affective aspects of temperament appear as of fundamental importance.

Cloninger (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) related particular neurochemical systems to temperamental dispositions he called "novelty seeking," "harm avoidance," "reward dependence," and "persistence," offering one such avenue. I should add, however, that I question Cloninger's direct translations of such dispositions into the specific types of personality disorders of the DSM-IV classification system. Torgersen, on the basis of his twin studies of genetic and environmental influences on the development of personality disorders (1985, 1994), found genetic influences significant only for the schizotypal personality disorder; for practical purposes, they are significantly related to normal personality characteristics but have very little relationship with specific personality disorders.

In addition to temperament, character is another major component of personality. Character refers to the particular dynamic organization of behavior patterns of each individual that reflect the overall degree and level of organization of such patterns. While academic psychology differentiates character from personality, the clinically relevant terminology of character pathology, character neurosis, and neurotic character refer to the same conditions, also referred to as personality trait and personality pattern disturbances in earlier DSM classifications, and to the personality disorders in DSM-III and DSM-IV. From a psychoanalytic perspective, I propose that character refers to the behavioral manifestations of ego identity, while the subjective aspects of ego identity, that is, the integration of the self concept and of the concept of significant others are the intrapsychic structures that determine the dynamic organization of character. Character also includes all the behavioral aspects of what in psychoanalytic terminology is called ego functions and ego structures.

From a psychoanalytic viewpoint, the personality is codetermined by temperament and character, but also by an additional intrapsychic structure, the superego. The integration of value systems, the moral and ethical dimension of the personality—from a psychoanalytic viewpoint, the integration of the various layers of the superego—are an important component of the total personality. Personality itself, then, may be considered the dynamic integration of all behavior patterns derived

from temperament, character, and internalized value systems (Kernberg, 1976, 1980). In addition, the dynamic unconscious or the id constitutes the dominant, and potentially conflictive, motivational system of the personality. The extent to which sublimatory integration of id impulses into ego and superego functions has taken place reflects the normally adaptive potential of the personality.

I shall now present my proposed psychoanalytic model for the classification of personality disorders, incorporating significant contributions to this particular approach from other psychoanalytic researchers and theoreticians such as Salman Akhtar (1989, 1992), Rainer Krause (Krause, 1988; Krause & Lutolf, 1988), Michael Stone (1980, 1990, 1993a), and Vamik Volkan (1976, 1987). The normal personality is characterized, first of all, by an integrated concept of the self and an integrated concept of significant others. These structural characteristics, jointly called ego identity (Erikson, 1956; Jacobson, 1964) are reflected in an internal sense and an external appearance of self-coherence and are a fundamental precondition for normal self-esteem, self-enjoyment, and zest for life. An integrated view of one's self assures the capacity for a realization of one's desires, capacities, and long-range commitments. An integrated view of significant others guarantees the capacity for an appropriate evaluation of others, empathy, and an emotional investment in others that implies a capacity for mature dependency while maintaining a consistent sense of autonomy as well.

A second structural characteristic of the normal personality, largely derived from and an expression of ego identity, is the presence of ego strength, particularly reflected in a broad spectrum of affect dispositions, capacity for affect and impulse control, and the capacity for sublimation in work and values (also contributed to importantly by superego integration). Consistency, persistence, and creativity in work as well as in interpersonal relations are also largely derived from normal ego identity, as are the capacity for trust, reciprocity, and commitment to others, also importantly codetermined by superego functions (Kernberg, 1975).

A third aspect of the normal personality is an integrated and mature superego, representing an internalization of value systems that is stable, depersonificated, abstract, and individualized, and not excessively dependent on unconscious infantile prohibitions. Such a superego structure is reflected in a sense of personal responsibility, a capacity for realistic self-criticism, integrity as well as flexibility in dealing with the ethical aspects of decision making, a commitment to standards, values, and ideals, as well as the contribution to such aforementioned ego functions as reciprocity, trust, and investment in depth.

A fourth aspect of the normal personality is an appropriate and satisfactory management of libidinal and aggressive impulses. It involves the capacity for a full expression of sensual and sexual needs integrated with tenderness and emotional commitment to a loved other, and a normal degree of idealization of the other and the relationship. Here, clearly, a freedom of sexual expression is integrated with ego identity and the ego ideal. In regard to aggression, a normal personality structure includes capacity for sublimation in the form of self-assertion, for withstanding attacks without excessive reaction, a capacity to react protectively, and to avoid turning aggression against the self. Again, ego and superego functions contribute to such an equilibrium.

Underlying these aspects of the normal personality—recently summarized in a set of scales of psychological capacities by Wallerstein (1991)—are significant structural and dynamic preconditions. The structural preconditions refer to the developmental processes by which the earliest internalization of interactions with significant others—that is, of object relations—leads to the completion of a series of successive steps that transform these internalized object relations into the normal ego identity I have described. I am referring here to the sequence of internalization of object relations into the early ego that start with the symbiotic phase described by Mahler (Mahler & Furer, 1968; Mahler, Pine, & Bergman, 1975)—in my view, the internalization of fused self- and object representations under the dominance of a positive or negative peak affect state that leads to "all-good" and "all-bad" fused self and object representations. Such states of symbiotic fusion alternate with other states of internalization of differentiated self and object representations under conditions of low affect activation, that will provide ordinary internalized models of interaction between self and others, while the initially fused internalized object relations under conditions of peak affect states will lead to the basic structures of the dynamic unconscious, the id. My definition of the id characterizes it as the sum total of repressed, dissociated and projected, consciously unacceptable, internalized object relations under conditions of peak affect states. Libido and aggression are the hierarchically supraordinate motivational systems representing the integration of, respectively, positive or rewarding and negative or aversive peak affect states (Kernberg, 1992, 1994).

At a second stage of ego development, again under conditions of peak affect states, a gradual differentiation occurs between self and object representations under conditions of all-good and all-bad interactions, which lead to internal units constituted by self-representation–object representation–dominant affect. In my view, these units con-

stitute the basic structures of the original ego–id matrix that characterizes the stage of separation–individuation described by Mahler.

Eventually, under normal conditions, in a third stage of development, all-good and all-bad representations of self are integrated into an integrated concept of the self that tolerates a realistic view of self as potentially imbued with both loving and hating impulses. A parallel integration occurs of representations of significant others into combined all-good/all-bad representations of each of the important persons in the child's life, mostly parental figures but also siblings. These developments determine the capacity for experiencing integrated, ambivalent relationships with others, in contrast to splitting object relationships into idealized and persecutory ones. This marks the stage of object constancy or of total internalized object relations in contrast to the earlier stage of separation–individuation in which mutually split-off, part object relations dominated psychic experience. Normal ego identity, as defined, constitutes the core of the integrated ego, now differentiated by repressive barriers from both superego and id.

This psychoanalytic model thus includes a developmental series of consecutive psychic structures. It starts with the parallel development of realistic object relations under low affect activation and symbiotic object relations under conditions of peak affect activation. These are followed by the phase of separation–individuation, which is characterized by continuous growth of realistic relations under low affective conditions but significant splitting operations and related defensive mechanisms under activation of intense affect states. This finally leads to the phase of object constancy in which a more realistic integrated concept of self and of significant others evolves in the context of ego identity, and, at the same time, repression eliminates from consciousness the more extreme manifestations of sexual and aggressive impulses that can no longer be tolerated under the effect of the integration of the normal superego.

This structural and developmental model also conceives of the superego as constituted by successive layers of internalized self and object representations (Jacobson, 1964; Kernberg, 1984). A first layer of all-bad, ''persecutory'' internalized object relations reflects a demanding and prohibitive, primitive morality as experienced by the child when environmental demands and prohibitions run against the expression of aggressive, dependent, and sexual impulses. A second layer of superego precursors is constituted by the ideal representations of self and others reflecting early childhood ideals that promise the assurance of love and dependency if the child lives up to them. The mutual toning down of the earliest, persecutory level and the later idealizing level of superego functions and the corresponding decrease in the ten-

dency to reproject these superego precursors then brings about the capacity for internalizing more realistic, toned down, demands and prohibitions from the parental figures, leading to the third layer of the superego corresponding to the ego's stage of object constancy. The integrative processes of the ego facilitate, in fact, this parallel development of the superego. An integrated superego, as we have seen, in turn strengthens the capacity for object relatedness as well as autonomy: An internalized value system makes the individual less dependent on external confirmation or behavior control, while it facilitates a deeper commitment to relationships with others. In short, autonomy and independence and a capacity for mature dependence go hand in hand.

Having thus summarized my model of the development of the psychic apparatus that derives the structures of id, ego, and superego from successive levels of internalization, differentiation, and integration of object relations, I now turn to the dynamic aspect of this development, the motivational factors underlying these structuralized developments, in other words, an ego psychology object relations theory of drives.

THE MOTIVATIONAL ASPECTS OF PERSONALITY ORGANIZATION: AFFECTS AND DRIVES

As I mentioned earlier, I consider the drives of libido and aggression as the hierarchically supraordinate integration of corresponding pleasurable and rewarding, and painful and aversive affect states (Kernberg, 1992, 1994). Affects are instinctive components of human behavior, that is, inborn dispositions common to all individuals of the human species. They emerge in the early stages of development and are gradually organized into drives as they are activated as part of early object relations. Gratifying, rewarding, pleasurable affects are integrated as libido as an overarching drive, and painful, aversive, negative affects are integrated as aggression as an overarching drive. Affects as inborn, constitutionally and genetically determined modes of reaction are triggered first by physiological and bodily experiences and then gradually in the context of the development of object relations.

Rage represents the core affect of aggression as a drive, and the vicissitudes of rage explain, in my view, the origins of hatred and envy—the dominant affects of severe personality disorders—as well as of normal anger and irritability. Similarly, the affect of sexual excitement constitutes the core affect of libido. Sexual excitement slowly and gradually crystallizes out of the primitive affect of elation. The early sensual responses to intimate bodily contact dominate the development of libido in parallel to that of aggression.

Krause (1988) has proposed that affects constitute a phylogenetically recent biological system evolved in mammals as a way for the infant animal to signal emergency needs to its mother, corresponding to a parallel inborn capacity of the mother to read and respond to the infant's affective signals, thus protecting the early development of the dependent infant mammal. This instinctive system reaches increasing complexity and dominance in controlling the social behavior of higher mammals, particularly primates.

Affectively driven development of object relations—in other words, real and fantasied interpersonal interactions that are internalized as a complex world of self and object representations in the context of affective interactions—I propose, constitute the determinants of unconscious mental life and of the structure of the psychic apparatus. Affects, in short, are both the building blocks of the drives and the signals of the activation of drives in the context of the activation of a particular internalized object relation, as typically expressed in the transference developments during psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy.

In contrast to other contemporary psychoanalytic object relations theories, I have argued that we still need a theory of drives, because a theory of motivation based on affects alone would unnecessarily complicate the analysis of the transference relationship to the dominant objects of infancy and childhood. There are multiple positive and negative affects expressed toward the same significant others, and an affect theory placing motives on affects only would fail to take into consideration the developmental lines of libidinal and aggressive strivings organizing the history of past internalized object relations that we have been able to clarify in the context of psychoanalytic exploration.

I believe this theory of motivation permits us to account for the concept of inborn dispositions to excessive or inadequate affect activation, thereby doing justice to the genetic and constitutional variations of intensity of drives reflected, for example, in the intensity, rhythm, and thresholds of affect activation commonly designated as temperament. This theory equally permits us to incorporate the effects of physical pain, psychic trauma, and severe disturbances in early object relations as contributing to intensifying aggression as a drive by triggering intense negative affects. In short, I believe the theory does justice to Freud's (1915) statement that drives occupy an intermediate realm between the physical and the psychic realms.

Recent studies of alteration in neurotransmitter systems in severe personality disorders, particularly in the borderline personality disorder, although still tentative and open to varying interpretations, point to the possibility that neurotransmitters are related to specific distortions in affect activation (Stone, 1993a, 1993b). Abnormalities in the

adrenergic and cholinergic systems, for example, may be related to general affective instability; deficits in the dopaminergic system may be related to a disposition toward transient psychotic symptoms in borderline patients; impulsive, aggressive, self-destructive behavior may be facilitated by a lowered function of the serotonergic system (deVegvar, Siever, & Trestman, 1994; Steinberg et al., 1994; Stone, 1993a, 1993b; van Reekum, Links, & Fedorov, 1994; Yehuda, Southwick, Penn, & Giller, 1994). In general, genetic dispositions to temperamental variations in affect activation would seem to be mediated by alterations in neurotransmitter systems, providing a potential link between the biological determinants of affective response and the psychological triggers of specific affects.

These aspects of inborn dispositions to the activation of aggression mediated by the activation of aggressive affect states are complementary to the now well-established findings that structured aggressive behavior in infants may derive from early, severe, chronic physical pain, and that habitual aggressive teasing interactions with mother are followed by similar behaviors of infants, as we know from the work of Galenson (1986) and Fraiberg (1983). Grossman's convincing arguments (1986, 1991) in favor of the direct transformation of chronic intense pain into aggression provide a theoretical context for the earlier observations of the battered-child syndrome. The impressive findings of the prevalence of physical and sexual abuse in the history of borderline patients confirmed by investigators both here and abroad (Marziali, 1992; Perry & Herman, 1993; van der Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler, 1994) provide additional evidence of the influence of trauma on the development of severe manifestations of aggression.

I am stressing the importance of this model for our understanding of the pathology of aggression because the exploration of severe personality disorders consistently finds the presence of pathological aggression predominating. One key dynamic of the normal personality is the dominance of libidinal strivings over aggressive ones. Drive neutralization, according to my formulation, implies the integration of libidinally and aggressively invested, originally split, idealized and persecutory internalized object relations, a process that leads from the state of separation–individuation to that of object constancy, and culminates in integrated concepts of the self and of significant others and the integration of derivative affect states from the aggressive and libidinal series into the toned-down, discrete, elaborated, and complex affect disposition of the phase of object constancy.

While a central motivational aspect of severe personality disorders is the development of inordinate aggression and the related psychopathology of aggressive affect expression, the dominant pathology

of the less severe personality disorders, which, in contrast to borderline personality organization (the severe personality disorders), I have called "neurotic personality organization" (Kernberg, 1975, 1976, 1980, 1984), is the pathology of libido or of sexuality. This field includes particularly the hysterical, the obsessive-compulsive, and the depressive-masochistic personalities, although it is most evident in the hysterical personality disorder (Kernberg, 1984). Although these three are all frequent personality disorders in outpatient practice, only the obsessive-compulsive personality is included in DSM-IV's (American Psychiatric Association, 1994) main list. The depressive-masochistic personality disorder is partly included in the DSM-IV appendix (American Psychiatric Association, 1994), shorn of its masochistic components (these were included in the appendix of DSM-III [American Psychiatric Association, 1980]). The hysterical personality was included in DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) (and, one hopes, will be rediscovered in DSM-V—institutional politics permitting). In these disorders, in the context of the achievement of object constancy, an integrated superego, a well-developed ego identity, and an advanced level of defensive operations centering around repression, the typical pathology of sexual inhibition, oedipalization of object relations, and acting out of unconscious guilt over infantile sexual impulses dominate the pathological personality traits. In contrast, sexuality is usually "coopted" by aggression in borderline personality organization, that is, sexual behavior and interaction are intimately condensed with aggressive aims, which severely limits or distorts sexual intimacy, love relations, and fosters the abnormal development of paraphilias with their heightened condensation of sexual and aggressive aims.

An early classification of personality disorders stemming from Freud (1908, 1931) and Abraham (1920, 1921–1925) described oral, anal, and genital characters, a classification that in practice has gradually been abandoned because psychoanalytic exploration found that severe personality disorders present pathological condensations of conflicts from all of these stages. The classification proposed by Freud and Abraham seems of value when limited to the less severe constellations of these disorders (Kernberg, 1976). At the same time, however, their description of the relationship among oral conflicts, pathological dependency, a tendency toward depression, and self-directed aggression is eminently relevant for personality disorders along the entire developmental spectrum and can be observed most specifically in the depressive-masochistic personality (Kernberg, 1992). This personality disorder, while reflecting an advanced level of neurotic personality organization, transports, so to speak, an oral constellation of conflicts in a relatively unmodified fashion into the oedipal realm. Similarly, anal

conflicts are most clearly observable in the obsessive–compulsive personality disorder, that, in parallel to the depressive–masochistic one, transports anal conflicts into the context of the oedipal conflicts of object constancy. Yet, anal conflicts are also relevant along the entire spectrum of personality disorders.

Fenichel (1945) attempted a psychoanalytic classification of character constellations into sublimatory and reactive types, the reactive types including avoidance (phobias) and opposition (reaction formations). He then went on to classify personality disorders or character pathology into pathological behavior toward the id (oral, anal, and phallic conflicts), toward the superego (moral masochism, psychopathy, acting out), and toward external objects (pathological inhibitions, pathological jealousy, pseudohypersexuality). This classification also was abandoned in practice, mainly because it became evident that all character pathology presents simultaneously pathological behavior toward these psychic structures.

A PSYCHOANALYTIC MODEL OF NOSOLOGY

My own classification of personality disorders centers on the dimension of severity (Kernberg, 1976). Severity ranges from (1) psychotic personality organization, (2) borderline personality organization, to (3) neurotic personality organization (see Figure 3.1).

Psychotic Personality Organization

"Psychotic personality organization" is characterized by lack of integration of the concept of self and significant others, that is, identity diffusion, a predominance of primitive defensive operations centering around splitting and loss of reality testing. The defensive operations of splitting and its derivatives (projective identification, denial, primitive idealization, omnipotence, omnipotent control, devaluation) have as a basic function to maintain separate the idealized and persecutory internalized object relations derived from the early developmental phases predating object constancy—that is, when aggressively determined internalizations strongly dominate the internal world of object relations, in order to prevent the overwhelming control or destruction of ideal object relations by aggressively infiltrated ones. This primitive constellation of defensive operations centering around splitting thus attempts to protect the capacity to depend on good objects and escape from terrifying aggression. This basic function of the primitive constellation of defensive operations actually dominates most clearly

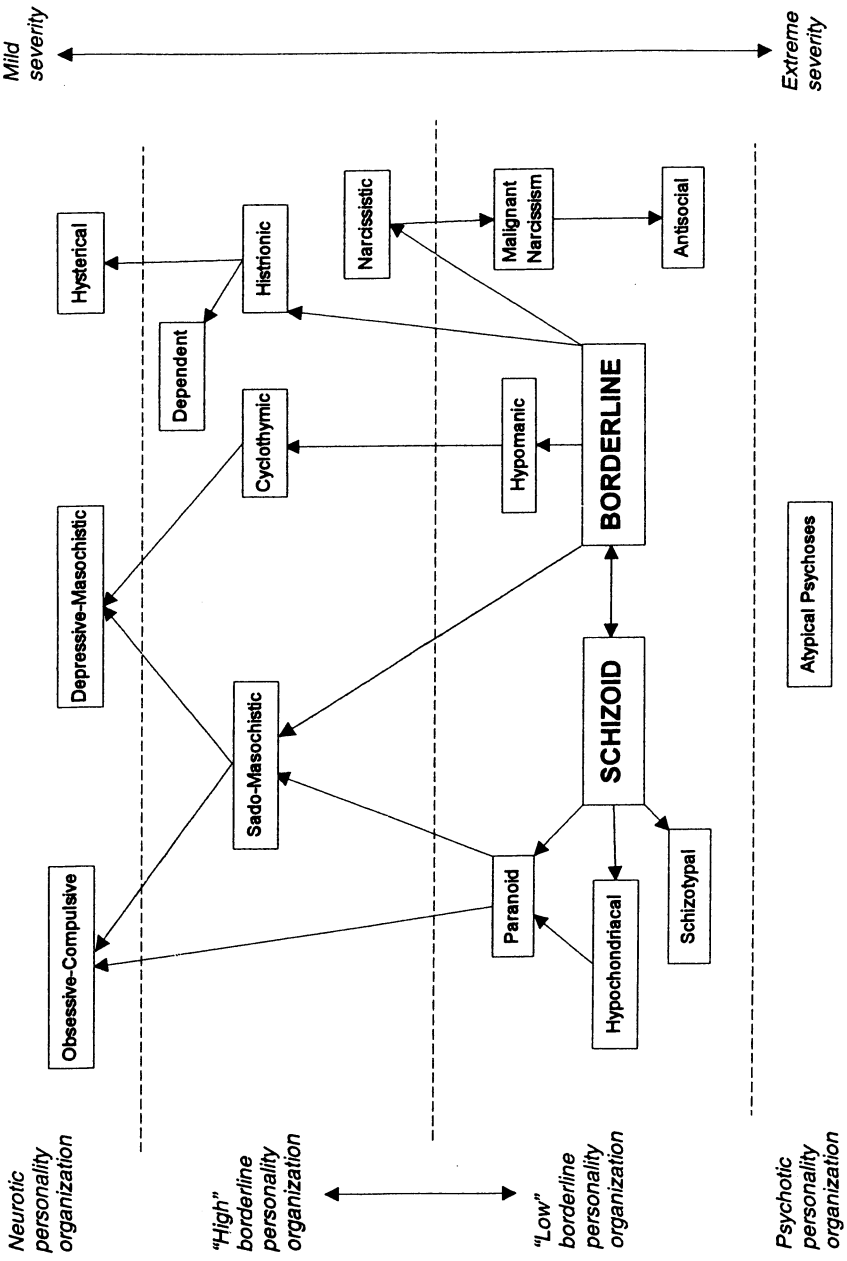


FIGURE 3.1. Personality disorders: Their mutual relationships.

119

in the borderline personality organization, while an additional, most primitve function of these mechanisms in the case of psychotic personality organization is to compensate for the loss of reality testing in these patients.

Reality testing refers to the capacity to differentiate self from nonself, intrapsychic from external stimuli, and to maintain empathy with ordinary social criteria of reality, all of which are typically lost in the psychoses and manifested particularly in hallucinations and delusions (Kernberg, 1976, 1984). The loss of reality testing reflects the lack of differentiation between self and object representations under conditions of peak affect states, that is, a structural persistence of the symbiotic stage of development, its pathological hypertrophy, so to speak. The primitive defenses centering aound splitting attempt to protect these patients from the chaos in all object relations derived from their loss of ego boundaries in intense relationships with others. All patients with psychotic personality organization really represent atypical forms of psychosis. Therefore, strictly speaking, psychotic personality organization represents an exclusion criterion for the personality disorders in a clinical sense.

Borderline Personality Organization

''Borderline personality organization'' is also characterized by identity diffusion and the same predominance of primitive defensive operations centering on splitting, but it is distinguished by the presence of good reality testing, reflecting the differentiation between self and object representations in the idealized and persecutory sector, characteristic of the separation-individuation phase (Kernberg, 1975). Actually, this category includes all the severe personality disorders in clinical practice. Typical personality disorders included here are the borderline personality disorder, the schizoid and schizotypal personality disorders, the paranoid personality disorder, the hypomanic personality disorder, hypochondriasis (a syndrome that has many characteristics of a personality disorder proper), the narcissistic personality disorder (including the malignant narcissism syndrome [Kernberg, 1992]), and the antisocial personality disorder.

All these patients present identity diffusion, the manifestations of primitive defensive operations, and varying degrees of superego deterioration (antisocial behavior). A particular group of patients typically suffer from significant disorganization of the superego, namely, the narcissistic personality disorder, the malignant narcissism syndrome, and the antisocial personality disorder.

All the personality disorders within the borderline spectrum pre-

sent, because of identity diffusion, severe distortions in their interpersonal relations—particularly problems in intimate relations with others, lack of consistent goals in terms of commitment to work or profession, uncertainty and lack of direction in their lives in many areas, and varying degrees of pathology in their sexual life. They often present an incapacity to integrate tenderness and sexual feelings, and they may show a chaotic sexual life with multiple polymorphous perverse infantile tendencies. The most severe cases, however, may present with a generalized inhibition of all sexual responses as a consequence of a lack of sufficient activation of sensuous responses in the early relation with the caregiver, an overwhelming predominance of aggression that interferes with sensuality (rather than even recruiting it for aggressive aims). All these patients also evince nonspecific manifestations of ego weakness, that is, lack of anxiety tolerance, of impulse control, and of sublimatory functioning in terms of an incapacity for consistency, persistence, and creativity in work.

A particular group of personality disorders present the characteristics of borderline personality organization, but these patients are able to maintain more satisfactory social adaptation, and are usually more effective in obtaining some degree of intimacy in object relations and in integrating sexual and tender impulses. Thus, in spite of presenting identity diffusion, they also evince sufficient nonconflictual development of some ego functions, superego integration, and a benign cycle of intimate involvements, capacity for dependency gratification, and a better adaptation to work that make for significant quantitative differences. They constitute what might be called a ''higher level'' of borderline personality organization or an intermediate level of personality disorder. This group includes the cyclothymic personality, the sadomasochistic personality, the infantile or histrionic personality, and the dependent personalities, as well as some better-functioning narcissistic personality disorders.

Neurotic Personality Organization

The next level of personality disorder, namely, ''neurotic personality organization,'' is characterized by normal ego identity and the related capacity for object relations in depth, ego strength reflected in anxiety tolerance, impulse control, sublimatory functioning, effectiveness and creativity in work, and a capacity for sexual love and emotional intimacy disrupted only by unconscious guilt feelings reflected in specific pathological patterns of interaction in relation to sexual intimacy. This group includes the hysterical personality, the depressive–masochistic personality, the obsessive personality, and many so-called ''avoidant per-

sonality disorders,'' in other words, the ''phobic character'' of psychoanalytic literature (which, in my view, remains a problematic entity). As mentioned before, significant social inhibition or phobias may be found in several different types of personality disorder, and the underlying hysterical character structure typical for the ''phobic personality'' as described in early psychoanalytic literature only applies to some cases.

DEVELOPMENTAL, STRUCTURAL, AND MOTIVATIONAL CONTINUITIES

Having thus classified personality disorders in terms of their severity, let us now examine particular continuities within this field that establish a psychopathologically linked network, one might say, of related personality disorders (see Figure 3.1). The borderline personality disorder and the schizoid personality disorder may be described as the simplest form of personality disorders, reflecting a fixation at the level of separation–individuation, with the ''purest'' expression of the general characteristics of borderline personality organization. Fairbairn (1954), in fact, described the schizoid personality as the prototype of all personality disorders and provided an understanding of the psychodynamics of these patients unsurpassed to this day. He described the splitting operations separating ''good'' and ''bad'' internalized object relations, the self and object representation dyads of the split-off object relations, the consequent impoverishment of interpersonal relations, and their replacement by a defensive hypertrophy of fantasy life. The borderline personality disorder presents similar dynamic characteristics—but with an expression of this pathology in impulsive interactions in the interpersonal field in contrast to the expression of the pathology in the patient's fantasy life and social withdrawal in the schizoid personality (Akhtar, 1992; Stone, 1994).

In the course of psychoanalytic exploration, the apparent lack of affect display of the schizoid personality turns out to reflect severe splitting operations, to the extent of fragmentation of the patients' affective experience, which ''empties out'' their interpersonal life, while their internalized object relations have split off characteristics similar to those of the typical borderline patient (Kernberg, 1975). In contrast, the borderline personality disorder patient's intrapsychic life is enacted in his interpersonal patterns, very often replacing any self-awareness by means of driven, repetitive behavior patterns. The borderline patient thus evinces the typical triad of identity diffusion, primitivity of affect display (affect storms), and lack of impulse control. It may well

be that the descriptive differences between the schizoid and borderline disorders reflect a temperamental dimension, namely, that of extroversion and introversion, one of the important temperamental factors that emerges under different names in various models of classification.

The schizotypal personality represents the most severe form of schizoid personality disorder, while the paranoid personality reflects an increase of aggression in comparison to the schizoid personality disorder, with a dominance of projective mechanisms and a defensive self idealization related to the efforts to control an external world of persecutory figures. If splitting per se dominates in the borderline and schizoid personality disorders, projective identification dominates in the paranoid personality disorder. The hypochondriacal syndrome reflects a projection of persecutory objects into the interior of the body; hypochondriacal personalities usually also show strong paranoid and schizoid characteristics.

The borderline personality proper presents an intensity of affect activation and lack of affect control that also suggests the presence of a temperamental factor; but the integration of aggressive and libidinal affects obtained in the course of treatment often brings about a remarkable toning down and modulation of affect response. The increase of impulse control and affect tolerance resulting during treatment illustrates that splitting mechanisms are central in that pathology (overcoming splitting, that is, integrating mutually split affects, leads to their integration, toning down, and maturation). The hypomanic personality disorder, in contrast, appears to include a pathology of affect activation that points to temperamental predisposition, which probably also holds true for its milder form, the cyclothymic personality.

Borderline personality disorders presenting intense aggression may evolve into the sadomasochistic personality disorder. If a disposition to strong sadomasochism becomes incorporated into or controlled by a relatively healthy superego structure (which also incorporates a depressive potential into a disposition to guiltladen responses) and ego identity is achieved, the conditions for a depressive–masochistic personality disorder are also present. The depressive–masochistic personality may be considered the highest level of two developmental lines that go from the borderline personality through the sadomasochistic to the depressive–masochistic on the one hand, and from the hypomanic through the cyclothymic personality disorders to the depressive–masochistic one, on the other. This entire area of personality disorders thus reflects the internalization of object relations under conditions of abnormal affective development or affect control.

When severe inborn disposition to aggressive reactions, early trau-

ma, severe pathology of early object relations, physical illness, and/or sexual and physical abuse intensify the dominance of aggression in the personality structure, a particular pathology of aggression may develop that includes, as we have already seen, the paranoid personality, hypochondriasis, sadomasochism and that may also characterize a subgroup of the narcissistic personality disorder.

The narcissistic personality disorder is of particular interest because, in contrast to the clear indication of identity diffusion of all other personality disorders included in borderline personality organization, in the narcissistic personality, a lack of integration of the concept of significant others goes hand in hand with an integrated, but pathological, grandiose self. This pathological grandiose self replaces the underlying lack of integration of a normal self (Akhtar, 1989; Plakun, 1989; Ronningstam & Gunderson, 1989). In the course of psychoanalytic treatment or psychoanalytic psychotherapy, we may observe the dissolution of this pathological grandiose self and the reemergence of the typical structure of identity diffusion of borderline personality organization before a new integration of normal ego identity can take place.

In the narcissistic personality, the pathological grandiose self absorbs both real and idealized self and object representations into an unrealistically idealized concept of self, with a parallel impoverishment of idealized superego structures, a predominance of persecutory superego precursors, the reprojection of these persecutory superego precursors (as a protection against excessive, pathological guilt), and a consequent weakening of the later, more integrated superego functions (Kernberg, 1975, 1984, 1992). The narcissistic personality, therefore, often presents some degree of antisocial behavior.

When intense pathology of aggression dominates in a narcissistic personality structure, the pathological grandiose self may become infiltrated by ego syntonic aggression, with the development of a grandiosity combined with ruthlessness, sadism, or hatred that translates into the malignant narcissism syndrome, that is, a combination of narcissistic personality, antisocial behavior, ego syntonic aggression, and paranoid tendencies. This syndrome, I have proposed, is intermediate between the narcissistic personality disorder and the antisocial personality disorder proper, in which a total absence or deterioration of superego functioning has occurred (Kernberg, 1992). The antisocial personality disorder (Akhtar, 1992; Bursten, 1989; Hare, 1986; Kernberg, 1984) usually reveals, in psychoanalytic exploration, severe underlying paranoid trends, together with a total incapacity for any nonexploitive investment in significant others. The total absence of the capacity for guilt feelings, of any concern for self and others, the in-

capacity to identify with any moral or ethical value in self or others, and an incapacity to project a dimension of personal future characterize this personality disorder, thus differentiating it from the less severe syndrome of malignant narcissism, in which some commitment to others and a capacity for authentic guilt feelings are still present. The extent to which nonexploitive object relations—the capacity for significant investment in others—are still present and the extent to which antisocial behaviors dominate are the most important prognostic indicators for any psychotherapeutic approach to the personality disorders (Kernberg, 1975; Stone, 1990).

At a higher level of development, the obsessive–compulsive personality may be conceived as one in which inordinate aggression has been neutralized by its absorption into a well-integrated, but excessively sadistic superego, leading to the perfectionism, self-doubts, and chronic need to control the environment as well as the self that are characteristic of this personality disorder. There are cases, however, where this neutralization of aggression is incomplete, the severity of aggression determines regressive features of this personality disorder, and transitional cases with mixed obsessive, paranoid, and schizoid features can be found that maintain a borderline personality organization in spite of the presence of significant obsessive–compulsive personality features.

While the infantile or histrionic personality disorder is a milder form of the borderline personality disorder and still within the borderline spectrum, the hysterical personality disorder represents a higher-level type of the infantile or histrionic personality disorder within the neurotic spectrum of personality organization. In the hysterical personality, the emotional lability, extroversion, dependent, and exhibitionistic traits of the histrionic personality are restricted to the sexual realm, while these patients are able to have normally deep, mature, committed, and differentiated object relations in other areas. In addition, in contrast to the sexual ''freedom'' of the typical infantile personality, the hysterical personality often presents a combination of pseudohypersexuality and sexual inhibition, with a particular differentiation of the relationships to men and women that contrasts with the nonspecific orientation toward both genders of the infantile or histrionic personality (Kernberg, 1992).

The depressive–masochistic personality disorder (Kernberg, 1992), the highest level outcome of the pathology of depressive affect as well as that of sadomasochism characteristic of a dominance of aggression in primitive object relations, presents not only a well-integrated superego (as in all other personalities with neurotic personality organization), but an extremely punitive superego. This superego predisposes

the patient to self-defeating behavior and reflects an unconscious need to suffer as an expiation for guilt feelings or a precondition for sexual pleasure, a reflection of the oedipal dynamics characterizing this spectrum of personality disorders. The excessive dependency and easy sense of frustration of these patients go hand in hand with their "faulty metabolism" of aggression, where depression ensues when an aggressive response would have been appropriate, and an excessive aggressive response to the frustration of their dependency needs may rapidly turn into a renewed depressive response as a consequence of excessive guilt feelings.

FURTHER CONSIDERATIONS ON IMPLICATIONS OF THIS CLASSIFICATION

This classification combines a structural and developmental concept of the psychic apparatus based upon a theory of internalized object relations that permits classifying personality disorders according to the severity of the pathology, the extent to which the pathology is dominated by aggression, the extent to which pathological affective dispositions influence personality development, the effect of the development of a pathological grandiose self structure, and the potential influence of a temperamental disposition to extroversion/introversion. In a combined analysis of the vicissitudes of instinctual conflicts between love and aggression, and of the development of ego and superego structures, this classification permits us to differentiate as well as relate the different pathological personalities to each other.

This classification also illuminates the advantages of combining categorical and dimensional criteria. There are clearly developmental factors relating several personality disorders to each other, particularly along an axis of severity. Figure 3.1 summarizes the relationships among the various personality disorders outlined in what follows. Thus, a developmental line links the borderline, the hypomanic, the cyclothymic, and the depressive–masochistic personality disorders. Another developmental line links the borderline, the histrionic or infantile, the dependent, and the hysterical personality disorders. Still another developmental line links, in complex ways, the schizoid, schizotypal, paranoid, and hypochondriacal personality disorders, and, at a higher developmental level the obsessive–compulsive personality disorder. And finally, a developmental line links the antisocial personality, the malignant narcissism syndrome, and the narcissistic personality disorder (the latter, in turn, containing a broad spectrum of severity). Further relationships of all prevalent personality disorders are indicated in Figure 3.1.

In my view, the vicissitudes of internalized object relations and the development of affective responses emerge as basic components of a contemporary psychoanalytic approach to the personality disorders. I have already stressed why the concept of drives as supraordinate integration of the corresponding series of aggressive and libidinal affects is important in spelling out an overall developmental and structural model. At the same time, the developmental vicissitudes of internalized object relations permit us to deepen our understanding of these patients' affective responses.

Affects always include a cognitive component, a subjective experience of a highly pleasurable or unpleasurable nature, neurovegetative discharge phenomena, psychomotor activation, and, very crucially, a distinctive pattern of facial expression that, originally, serves a communicative function directed to the caregiver. The cognitive aspect of affective responses, in turn, always reflects the relationship between a self representation and an object representation, which facilitates the diagnosis of the activated object relationship in each affect state that emerges in the therapeutic relationship.

One crucial advantage of the proposed classification of personality disorders is that the underlying structural concepts permit an immediate translation of the patient's affect states into the object relationship activated in the transference and a "reading" of this transference in terms of the activation of a relationship that typically alternates in the projection of self and object representations. The more severe the patient's pathology, the easier the patient may project either his self representation or his object representation onto the therapist while enacting the reciprocal object or self representation, which helps to clarify, in the middle of intense affect activation, the nature of the relationship and permits, by gradual interpretation of these developments in the transference, an integration of the patient's previously split off representations of self and significant others. This conceptualization, therefore, has direct implications for the therapeutic approach to personality disorders. The final section of this study describes a psychoanalytic psychotherapy derived from this conceptual framework and developed by our research group on borderline personality organization (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989).

This classification also helps to clarify the vicissitudes of the development of the sexual and aggressive drives. From the initial response of rage as a basic affect develops the structured affect of hatred as the central affect state in severe personality disorders, and hatred, in turn, may take the forms of conscious or unconscious envy, or an inordinate need for revenge that will color the corresponding transference developments. Similarly, regarding the sexual response, the psychoanalytic understanding of the internalized object relations activated in

sexual fantasy and experience facilitates the diagnosis and treatment of abnormal condensations of sexual excitement and hatred such as in the perversions or paraphilias, and the inhibitions of sexuality and restrictions in the sexual responsiveness derived from its absorption in the patient's conflicts around internalized object relations.

The unconscious identification of the patient with the role of victim and victimizer in cases of severe trauma, physical, and sexual abuse can also be better diagnosed, understood, and worked through in the transference and countertransference with patients suffering from these conditions in the light of the theory of internalized object relations that underlies this classification; and the understanding of the structural determinants of pathological narcissism makes it possible to resolve the apparent incapacity of narcissistic patients to develop differentiated transference reactions, in parallel to their severe distortions of object relations in general.

Psychoanalytic exploration has been central in providing us with present day knowledge about the characteristics of the personality disorders: the hysterical personality, the obsessive–compulsive personality, the narcissistic personality, the borderline personality, and the schizoid personality have received their most detailed and sensitive descriptions by contributors within the psychoanalytic field. At this point, in addition to the ongoing contributions to further diagnostic refinements and, particularly, therapeutic approaches to the personality disorders, psychoanalysis has an important task in exploring the relationship between psychoanalytic formulations and the findings within the related fields of developmental psychology, clinical psychiatry, affect theory, and neurobiology in order to link its findings with those stemming from these disciplines.

In what follows, I present an overview of the application of my ego-psychology–object relations theory to the psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy of the personality disorders.

Texte 5
Object Relations, Affects, and Drives: Toward a new Synthesis

Kernberg, O.F. (2001). Object Relations, Affects, and Drives: Toward a new Synthesis. *Psychoanalytic Quaterly*, 21, nº 5, 604-619.

Object Relations, Affects, and Drives: Toward a New Synthesis

OTTO F. KERNBERG, M.D.

This paper summarizes my efforts to develop a contemporary psychoanalytic theory of drives, integrating this theory with contemporary affect theory and with psychoanalytic object relations theory. It proposes, in essence, that affects are the primary motivations of behavior, that they include a fundamental communicative function in the infant/caregiver relationship, and that it is the integration of, respectively, positive and negative affects that will crystallize libido and aggression as supraordinate motivational systems or drives. At the same time, insofar as peak affect states organize the internalization of the relationship between self and objects in the form of affect-invested self and object representations, affects are also contributing fundamentally to the organization of an internalized world of object relations, eventually consolidated in the tripartite structure of the mind.

This proposed interrelationship of affects, self- and object representations, and drives rejects the assumption of

Dr. Kernberg is Director, Personality Disorders Institute, The New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division; Professor of Psychiatry, Cornell University Medical College; and Training and Supervising Analyst, Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research.

This article was presented at the Third International Conference on Research in Psychiatry and Psychoanalysis of Childhood, Metz, France, September 29–October 1, 1995.

incompatibility of drive theory and object relations theory and provides potential bridging functions with the neurobiology of affects.

THIS ARTICLE IS AN OVERVIEW of my effort to develop a contemporary psychoanalytic theory of drives, linked both with affect theory and with a developmental model based upon psychoanalytic object relations theory. Such a synthesis between Freud's (1920, 1923, 1933) dual drive theory and object relations theory has by now, of course, a long tradition that includes the contributions of Melanie Klein (1940, 1945, 1946, 1957), Winnicott (1958, 1965, 1971), Jacobson (1964, 1971), and Mahler (Mahler and Furer, 1968; Mahler, Pine, and Bergman, 1975). Some leading object relations theoreticians, however, such as Fairbairn (1954), Guntrip (1961, 1968, 1971), Sullivan (1953, 1962), Greenberg (Greenberg and Mitchell, 1983), and Mitchell (1988), have concluded that object relations theory and drive theory are essentially incompatible with each other. Interpersonal psychoanalysis—the contemporary version in the United States of the cultural psychoanalysis of an earlier generation—rejects Freud's drive theory (Greenberg and Mitchell, 1983), and I believe that self psychology (Kohut, 1971, 1977) also may be considered a type of object relations theory that rejects Freud's theory of the drives.

The contemporary reevaluation of Freud's dual drive theory that has occurred mostly in France is relevant to the relationship between object relations theory and drive theory. Perhaps particularly the work of Laplanche (1970, 1987, 1992) and Green (1973, 1986, 1993) has emphasized the central importance of unconscious destructive and self-destructive drive manifestations in the form of attacks on object relations and the central role of unconscious erotization in the mother-infant relationship in libidinal development, all of which, in my view, tend to link drive theory and object relations theory in intimate ways.

Another important development within psychoanalytic theory has been the growing emphasis on affects as primary motivators and the centrality of the communicative functions of affects in early development, particularly the infant–mother relationship (Krause, 1988, 1997, 1998). This emphasis has linked affect theory and object

relations theory quite closely, despite the persistent controversy between those who see affect, particularly peak affect states, as essential representatives of the drives and those who stress the psychophysiological nature of the affective response and attempt to replace drive theory with an affect theory.

I would like to stress the centrality of linking drive theory and object-relations theory, for there are undesirable consequences of keeping these two major trends of psychoanalytic thinking apart: An object relations theory devoid of a theory of drives tends to evolve, as I see it, into a theory of interpersonal functioning that may stress the unconscious aspects of intersubjectivity but is usually attracted by sociological models of development, in which the unconscious world of the present transference developments is seen as a replica of aspects of actual past interactions. This leads to neglect of the formation of unconscious mental structures. This development, in my experience, tends to accentuate superficial aspects of unconscious functioning (the role of adaptation and reality) and to minimize awareness of the uncanny aspects of primitive hatred and the primitive nature of early erotic and sadomasochistic unconscious fantasy. Without a theory of drives, such an object relations theory tends to underemphasize both aggression and eroticism, while stressing pregenital, preoedipal, dyadic relations as the origin of the dynamic Unconscious.

On the other hand, a traditional drive theory that does not explore the implications of object relations theory and affect theory for its conception of drives eventually tends to relegate drives to mythical structures, such as the equation of the Unconscious with the structure of a natural language (Lacan, 1966) or an assumption of primary, innate development of the drives as inherited philogenetically determined primary fantasies. Finally, a replacement of drive theory by an affect theory relegates motivation to its sources in biological structures, underemphasizing the importance of unconscious phantasy and the psychological nature of human desire.

Now I wish to outline in some detail my efforts to synthesize a contemporary theory of drives with a developmental object relations theory model and to describe the role of affects in the construction of the world of object relations and in constituting the substrate of the drives (Kernberg, 1976, 1990, 1992). To begin, I stress Freud's

differentiation between drives and instincts: he conceived of instincts much as they are seen today, as biological motivational systems, innate, discontinuous, and species specific. In consonance with Freud's understanding and in a synthesis of contemporary instinct theory, Krause (1997, 1998) summarized his views of instincts. They are differentiated in terms of patterns of "consummatory behaviors," which are fixed, innate patterns of perception and behavior organized by their interaction with environmental triggering factors. Higher biological centers mediate broad, alerting, exploratory behaviors that then, under the influence of specific environmental conditions, lead to the triggering of the actual consummatory behavior patterns. Biological instincts, in their modern conception, are integrated, sequentially organized behavior patterns derived from the linkage of their component inborn dispositions under the influence of triggering environmental conditions.

Drives, in contrast, are conceptualized as highly individualized, malleable, and displaceable unconscious motivational systems, continuous in their motivational function. In Freud's terms, they occupy an intermediate realm between the physical and psychological and are manifest only by their derivatives, namely, representations and affects. A contemporary psychoanalytic view of drives, as perhaps most significantly put forward by Melanie Klein (1945, 1946, 1957) and Laplanche (1970, 1987), conceives of them as affectively charged unconscious phantasies that involve desired and feared relations between the self and internalized objects. I have described the relationship of a self-representation with an object representation in the context of a dominant peak affect state as the basic unit of unconscious fantasy.

Freud classified drives into libido or life drive and the (perhaps problematically called) death drive, the basic drive toward self-destruction. Libido and the death drive must be differentiated from sexuality and aggression as biological functions. Laplanche's discussion of Freud's reasons for abandoning his earlier classification of drives into ego drives and sexual drive is convincing, as is his argument regarding the origin of drives. He describes them as intrapsychic motivational structures originating in the context of the total dependency of the infant, not only on the care of the mothering person, but on the unconscious messages from the mother experienced

as enigmatic stimulations reaching the infant from birth on. These early experiences determine the earliest unconscious fantasy by a process of accumulation of early overwhelming experiences, their retrospective unconscious elaboration, and the gradual differentiation of the dynamic unconscious from a primary ego/id matrix.

I find this general formulation eminently compatible with my proposal that intensely pleasurable experiences of the infant in the relationship with the mother generate primary, "all good" units of self and object representations, while peak experiences of pain and fear generate "all bad" ones. Within these primary units, self- and object representations are not yet differentiated from each other. Early splitting operations maintain the segregation between experiences negatively and positively charged with intense affect. Only in a later stage, splitting between idealizing and persecutory experiences is complemented by the differentiation between self- and object representations within each experience, and this latter differentiation contributes to the delimitation of ego boundaries and reality testing. These highly charged primitive affective experiences recede deeply into the repressed unconscious, while those conscious and preconscious interactions of the infant and mother that take place under conditions of low-level, affective activation serve adaptive purposes and are incorporated into the conscious and preconscious ego.

In my view, the gradual integration of the "all good," idealized, pleasurable, affective experiences of the mother with the unconscious erotic meanings injected via the mother's "enigmatic" messages, will constitute libido as a drive. In the same way, the integration of painful, terrifying, rageful, affective experiences with the unconscious meanings of the mother's hostile, enigmatic responses will constitute the death drive. The expression of the death drive as a primitive layer of persecutory superego precursors, along with the projective mechanisms attempting to externalize these internal persecutors, will give rise to the deepest layers of potential self-destructiveness, paranoid tendencies, and defensive efforts to eliminate or destroy relationships of the self with significant others and their internalized representations. These motives are part of a gradually developing dynamic between the search for erotic linkages with significant others and the attack upon those linkages with the ultimate goal of total

elimination of all need for others, together with the experiencing self. The term *death drive* for these antilibidinal, "anti-eros" forces seems justified, as well the characterization of the death drive as basically geared to "deobjectalization" (Green, 1993).

As to affects, contemporary affect theory sees them as philogenetically recent systems of regulations in mammals that assure the protection of the infant during its long stage of dependency, functioning as a mode of communication and as major motivational influences throughout life. Affects include a subjective experience of pleasure or nonpleasure that motivates the infant to move toward or away from a determinate stimulus or situation. Each affect includes a typical pattern of neurovegetative and psychomotor responses, with expressive movements that communicate the affective state to the caregiver and correspond to the innate capacity of both infant and caregiver to read each other's affective response. Inborn affective responses thus foster both the linking of early self experiences with the pleasure-giving object as well as the tendency to destroy those linkages under conditions of intensely experienced danger, pain, or frustration. It is at the moment of peak affect states that self- and object representations are linked and fixated in early memory structures and elaborated secondarily in unconscious fantasy. Thus the libidinal and the aggressive drives are formed, not simply by the accumulation and integration of affect states per se, but by the ongoing development of fantasied, feared and desired, idealized and persecutory relations with significant objects.

I mentioned that, in contrast to the nature of instincts (discontinuous, homogeneous for the species, innate, and inalterable), drives have an essentially psychic nature: they are continuous, individualized, and subject, throughout development, to alteration through displacement and condensation. Practically, this means that the primitive affect states of elation, fear, rage, sadness, shame, surprise, disgust, and sexual excitement are elaborated and modified in the context of their integration with internalized object relations. These in turn are condensed and integrated in the context of the commonality of their affect states. In other words, the relationships with different objects in the context of hatred or love are integrated as fantastic primitive object representations relating to representations of the self. The affects themselves are condensed, converging into

two key series of emotional experience: erotic desire, on the one hand, and murderous hatred, on the other.

Freud (1905) described the origin of libido in erogenous zones, the pressure toward the achievement of pleasure, the specific aim, and the object of the drive. The basic units of self- and object representations and the affects linking them bring together these characteristics of drives. The erogenous zones represent, as Laplanche has pointed out, the general erogenous quality of the body. The desire for an erotic fusion with mother takes the specific fantasy contours of those erogenous zones most involved, at a certain point of time, in the intimate relation with her. The infant's fantasied relation to the mother's body under the impact of early erotic stimulation will profoundly influence the nature of erotic fantasy, as it incorporates, later on, these retrospectively interpreted early experiences. The intensity of the affect of erotic desire represents the intensity of the drive at any particular point; the particular erogenous gratification involves the libidinal aim, and the origin of the drive lies not in the specific erogenous zone, but in the entire relationship of the primitive psychic apparatus of the child with the first needed and then desired object.

The erotic desire "leans" on the biological apparatus of sexual excitement (Laplanche, 1992). The integration of the experience of the primitive affect of elation with the perception of the erotic bodily response to the relationship to the breast creates the prototype of erotic desire that, later on, will "lean" on the focused sexual response of the genital organs. In this connection, it is ironic, although not surprising for a psychoanalyst, that the highly complex affect of sexual excitement remains almost completely ignored in most studies on development of affects.

As erotic desire "leans" on the biological apparatus of sexual excitement, so hatred "leans" on the primary affect of rage as it is aroused in the context of the earliest object relations. Rage is one of the fundamental affects, an inborn biological response that acquires its function as the originator of hatred only in the context of the internalization of persecutory, "all bad," internalized object relations. The affect of hatred, a complex, central aspect of the death drive, involves in its most primitive forms the desire, not only to destroy the object, but to destroy even the awareness of the relationship with

the hated object and, in a profound sense, to destroy the self as the organ of perception of hatred. Sadistic pleasure already reflects the condensation of such primitive hatred with erotic desire, as masochistic pleasure reflects the erotization of the most primitive desire for self-elimination together with all elimination of self-awareness.

The basic (self-representation–object representation) units of internalized object relations thus include the constituent affective components of the drives. One might say that the affect of sexual excitement is the central affect of libido in the same way as the affect of primitive hatred constitutes the central affect of the death drive. The id is conceptualized in this model as the sum total of repressed, desired, and feared primitive object relations. The gradual integration of successive layers of persecutory and idealized, prohibitive and demanding, internalized object relations becomes part of the primitive superego, while internalized object relations activated in the service of defense consolidate as an integrated self-structure within the ego, surrounded by integrated representations of significant others. In short, the id or dynamic unconscious, the superego, and the ego are constituted by different constellations of internalized object relations, so that the development of the drives out of their constituent affects and the development of the psychic apparatus—the tripartite structure—out of its constituent self- and object representations occur hand in hand.

We can now see how contemporary affect theory constitutes a bridge between biological structures and intrapsychic structures and why affect theory cannot replace drive theory. Primitive affects are inborn psychophysiological structures; regardless of which classification of affects one accepts, they reflect multiple moments of arousal in the relations to any particular object that are less important than the consistent, deeply repressed, stable unconscious relations to the parental objects that transcend any particular affective reaction to it. Affects, shorn of the object relations in the context of which they enter the psychic apparatus, cannot reflect, by themselves, the nature of unconscious fantasy, of motivating desire. Unconscious desire leans on primitive, affectively invested object relations, and this "leaning" quality is best illustrated, I believe, by the relationship between affects and drives that I have proposed.

Perhaps the erotic response illustrates most clearly how unconscious desire leans on the biological function of sexuality, but transcends it by far in its importance in human sexual life. We know that, in addition to the normal development of the anatomical aspects of the sexual organs, a normal level of testosterone is a precondition for normal activation of genital excitement and that the intensity of sexual excitement is reduced with long-term insufficiency of testosterone in both genders. However, it is also evident that sexual excitement is influenced much more by unconscious and preconscious fantasy than by fluctuations in the hormonal level. In fact, in the light of our clinical experience, it is almost trivial to point out that unconscious fantasy is overwhelmingly more important than biological status in determining the intensity of sexual excitement and erotic desire.

In fact, the study of severe personality disorders has found that, in patients with extremely severe pathology of internalized object relations, especially those who have experienced severe physical and psychological trauma, the erotic response may be extinguished in spite of an absolutely normal physiological apparatus. Clinically, the freer the capacity for polymorphous, perverse infantile sexual experiences, the better is the prognosis for the treatment of severe personality disorders. Patients who seem to have a primary inhibition of the erotic potential are the most intractable cases (Kernberg, 1984, 1992). Braunschweig and Fain (1975) have illustrated how the unconscious relationship between infant and mother activates the capacity for the erotic response and have contributed fundamentally, in my view, to clarifying the nature of core gender identity as well as object choice. Stoller (1975, 1979) has demonstrated how unconscious aggressive conflicts contribute, in their confluence with the erotic response, to determine the nature of sexual excitement.

Unconscious fantasy has its origins in earliest infancy. Contrary to Freud's view of the infant as originally isolated and disconnected from his human environment, contemporary psychoanalytic infant observation has confirmed the connectedness of the human infant, the high degree of differentiation of his perceptive capacity—including cross-modal sensorial transfer—from the very beginning. These observations (Stern, 1985) make the concept of an original autistic phase and a succeeding symbiotic phase of development, as

proposed by Mahler, highly questionable. There is much evidence of the infant's ability to make differentiations between self and object during alert states of low-level affect activation. It is interactions in peak affect states of euphoria and rage that dissolve differentiation into "symbiotic" fantasies of merger.

In other words, I think that symbiotic and nonsymbiotic (differentiated) modes of relationship alternate from the beginning of life on and that unconscious fantasy starts out when a shift into the symbiotic mode is prompted by moments of maximum distress or pleasure, with their corresponding peak affects. I see such symbiotic states of experience as the preconscious origins of what gradually will become the dynamic Unconscious, the starting point in which the memory traces of intense affects are laid down in the context of fused self- and object representations. I am including here the infant's gradually ever more complex perception of the interactions between him and his mother, in which unconscious messages from the mother are stored, to be retrospectively activated by later traumatic experiences and reinterpreted in the light of the ongoing development of unconscious fantasy (Laplanche, 1987, 1992). Cognitive experiences and memory traces from states of low-affect activation that powerfully influence the developing ego's adaptive functions will gradually enter into conflict with unconscious fantasy and will indirectly influence compromise formations that enable unconscious fantasy to infiltrate the developing ego. In my view, splitting mechanisms dominate and precede the development of repression as the major defensive operation of the ego in the sealing off of the dynamic unconscious.

The mother's unconscious fantasy, expressed in the enactment of unconscious object relations in her interactions with her baby, may be "read" and unconsciously interpreted by the infant. Because of the infant's innate capacity to read affective communication, severe distortions in the mother's affective life may distort the organization of the affective life of the infant, and severe pathology of the mother's internalized object relations may thus participate crucially in the setting up of the unconscious life of the infant.

Language as communication of subjective experience and in the creation of early intersubjectivity comes to be superimposed upon affective communication. The condensation of different internalized

object relations under a similar affective sign and the displacement of affective reactions from one object to another are replicated in the linguistic categories of metaphor and metonymy. From this viewpoint, one might reverse the Lacanian assumption that the unconscious is structured like a natural language by pointing to the fact that there are aspects of language structured like unconscious affects. The eruption of affect into language structure and the linguistic styles that defend against the affects of unconscious internalized object relations constitute a rich clinical area; here the analyst can explore the expression of unconscious fantasy and desire in the manifest content of the patient's free associations, his linguistic style, and his nonverbal behavior. In this process, the role responsiveness of the psychoanalyst listening to his patient's communications is codetermined by the capacity to "read" the unconscious affective messages that powerfully influence the countertransference.

The model I have presented so far enables us to formulate more precisely, I believe, the mutual influences of psychic structure and biological developments, of unconscious fantasy and the neurophysiology of affects. The relative intensity of sexual and aggressive drives may be considered as mediated by temperament, that is, by inborn dispositions to intensity, rhythm, and thresholds of affective responses. The influence of traumatic experiences on drive development is mediated by the intensity of traumatically induced affects in a first phase and, later, by their unconscious modification by retrospective interpretation of these traumatic experiences (Laplanche, 1992).

While temperament operating through the disposition to intensity of affect, on the one hand, and trauma, on the other, are significant contributors to the vicissitudes of drives, the overriding influence on drive development resides, I believe, in the intense, unconscious elements of the relationship between mother and infant. Within this relationship, the paternal figure as "excluded third person" (De Mijolla and De Mijolla-Mellor, 1996) makes its appearance, not only as part of the reality of the infant's life, but also as part of the unconscious reality of the mother's image of the infant's father and her own—and the influence of these images on her unconscious erotic relationship to her infant. And, again, in this unconscious communication, the mother's affective messages may be crucial in the organization of the infant's affective responses.

When the analyst interprets the nature of the transference–countertransference relationship from an "external" perspective, he symbolically replicates the role of the oedipal father, who disrupted the pre-oedipal, symbiotic relationship between infant and mother and thus originated the archaic oedipal triangulation. This perspective is appropriately stressed in French psychoanalytic contributions (De Mijolla and De Mijolla-Mellor, 1996) that conceptualize the analyst functioning as the "third excluded person". Patients with neurotic personality organization possess an internalized "third person," expressed in their capacity to split the self into an acting and an observing part; this indicates the firm establishment of a triangular structure, the advanced oedipal stage of development. The analyst's self-reflective exploration of his countertransference reflects the same triangulation.

Patients with a borderline personality organization, however, strive to maintain a symbiotic link with the analyst,and tend to experience the analyst's enactment of the interpretive role as a violent disruption of that symbiosis. Their strenuous resistance against the analyst's interpretive activity is partly in the service of avoiding the traumatizing effects of discovering the relationship of the parental couple and their own envy of it, the differences between sexes and generations, the shock of the primal scene, and the most primitive level of frustration and anxiety in the form of fear of annihilation related to the establishment of triangulation.

The clinical and metapsychological concept of normal and pathological narcissism that I have discussed elsewhere (Kernberg, 1984, 1992) is a major implication of the theory I have outlined here. At a metapsychological level, narcissism refers to the libidinal investment of the self and to the vicissitudes of normal and pathological investment of the self with both libidinal and aggressive drive derivatives. At the clinical level, narcissism refers simply to the normal or abnormal regulation of self-esteem and, more specifically, to the particularly frequent and severe pathology of self-esteem regulation that we describe as the narcissistic personality disorder.

As I have proposed in earlier work, normal narcissism implies the investment with libido of a normally integrated self that includes the good, ideal, and bad; devalued self-representations as these are integrated into total object relations in the development of object

constancy. The normal integration of mutually split-off internalized object relations requires that self-representations invested with libido predominate over those invested with aggression, and their integration implies a recruitment, one might say, of aggression at the service of libido. Normal self-esteem regulation is guaranteed by the integration of the tripartite psychic structure that, in turn, is based upon such integrative processes within ego and superego.

In contrast, in pathological narcissism, the pathological grandiose self ,as described originally by Herbert Rosenfeld (1964), reflects a condensation of the libidinal sector of self- and object representations, while the bad, devalued, and persecutory aspects of internalized object relations are repressed, dissociated, and projected. Here, narcissistic grandiosity largely replaces object love, with its genuine investment in others, its desire for their approval, and its capacity for gratitude. Nevertheless, in most cases of pathological narcissism, there is still a search for relations with others that have a libidinal, if selfish, character.

In more severely pathological cases, the pathological grandiose self is infiltrated with aggression, and this is reflected clinically in a search for autonomy and power at the expense of investment in relations with others: powerful destructive tendencies incorporated in the patient's psychic equilibrium gravely endanger relations with others, as well as the patient's own survival. This constellation corresponds, I believe, to what Green (1993) has described as negative narcissism or the narcissism of death and has led me to describe the syndrome of malignant narcissism and its relationship to the antisocial personality structure (Kernberg, 1992). The point here is that normal and abnormal types of personality structure are intimately linked to the vicissitudes of internalized object relations and to the quantitative equilibrium between libidinal and destructive drives.

I have described in earlier work (Kernberg, 1992) how the primary affect of rage, by repetitive activation, may become transformed into hatred and how hatred may, in turn, affect cognitive and perceptive functions, leading to the internalization of primitive persecutory objects. Repetitive experiences of violence and mistreatment may become part of psychic structure by the dual nature of identification, that is, the fact that identification is always both with an object and with the self in affective interaction with that object.

In fact, perhaps the most important practical implication of object relations theory is this conception of identification as a dual structure that evolves in a series of internalization processes ranging from earliest introjection to identification per se to the development of complex identity formation. Each step includes the internalizing of both self- and object representations and their affective interactions under the conditions of different developmental levels.

In the transference of healthier patients, with a well consolidated ego identity, the diverse self-representations are relatively stable in their coherent mutual linkage. This fosters the relatively consistent projection onto the analyst of the object representation aspect of the enacted object relationship. In contrast, patients with severe identity diffusion lack such linkage of self-representations into an integrated self. They tend to alternate rapidly between projection of self- and object representations in the transference, so that the analytic situation seems chaotic. Systematic interpretation of how the same internalized object relation is enacted again and again with rapid role reversals makes it possible to clarify the nature of the unconscious object relation and the double splitting of (a) self-representation from object representation and (b) idealized from persecutory object relations. This process promotes integration of the split representations that characterize the object relations of severe psychopathology.

I have tried to show how the proposed theory linking drives, affects, and object relations has direct relevance for psychoanalytic practice in addition to providing an instrument for the classification of personality disorders on a psychoanalytic basis (Kernberg, 1996). The central task of psychoanalytic treatment is the systematic elaboration of the transference, that is, of unconscious pathogenic internalized object relations from the past that are activated in the "here and now." The psychoanalyst listens simultaneously to what the patient says, to how he says it, and to his own affective response to the patient; these "messages" constitute the raw material that will enable the analyst to clarify the nature of the dominant object relation in the transference. But, to conclude with a cautionary note, transference analysis, as Laplanche (1992) suggested, always includes an additional element: the unconscious communication from the analyst. This is not to be confused with countertransference in the ordinary sense: it is the reproduction of the situation in which the

infant experienced the enigmatic messages of the mother. This archaic relationship, repeated in the here and now and implicitly acknowledged as such by the analyst, may lead to the analysis of the deepest levels of the patient's unconscious fantasy. The transference is never fully resolved (Laplanche, 1992) but ends up reinvested elsewhere when the patient has acquired sufficient freedom from his pathogenic conflicts.

REFERENCES

Braunschweig, D. & Fain, M. (1975), *La Nuit, le Jour.* Paris: Presses Universitaires de France.

Fairbairn, W. R. D. (1954), *An Object-Relations Theory of the Personality.* New York: Basic Books.

Freud, S. (1920), Beyond the pleasure principle. *Standard Edition,* 18:7–64. London: Hogarth Press, 1955.

——— (1923), The ego and the id. *Standard Edition,* 19:12–66. London: Hogarth Press, 1961.

——— (1933), New introductory lectures on psychoanalysis [1932]. *Standard Edition,* 22:5–182. London: Hogarth Press.

Green, A. (1973), *Le Discours Vivant.* Paris: Presses Universitaires de France.

——— (1986), *On Private Madness.* London: Hogarth Press.

——— (1993), *Le Travail du Negatif.* Paris: Editions de Minuit.

Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Guntrip, H. (1961), *Personality Structure and Human Interaction.* London: Hogarth Press.

——— (1968), *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self.* New York: International Universities Press.

——— (1971), *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self.* New York: Basic Books.

Jacobson, E. (1964), *The Self and the Object World.* New York: International Universities Press.

——— (1971), *Depression.* New York: International Universities Press.

Kernberg, O. F. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis.* New York: Aronson.

——— (1984), *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies.* New Haven, CT: Yale University Press.

——— (1990), New perspectives in psychoanalytic affect theory. In: *Emotion: Theory, Research and Experience,* ed. R. Plutchik & H. Kellerman. New York: Academic Press, pp. 115–130.

——— (1992), *Aggression in Personality Disorders and Perversion.* New Haven, CT: Yale University Press.

——— (1996), A psychoanalytic theory of personality disorders. In: *Major Theories of Personality Disorders,* ed. J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger. New York: Guilford, pp. 106–140.

Klein, M. (1940), Mourning and its relation to manic-depressive states. In: *Contributions to Psychoanalysis*, 1921–1945. London: Hogarth Press, 1948, pp. 311–338.

——— (1945), The Oedipus complex in the light of early anxieties. In: *Contributions to Psychoanalysis*, 1921–1945. London: Hogarth Press, 1948, pp. 339–390.

——— (1946), Notes on some schizoid mechanisms. In *Development in Psychoanalysis,* ed. J. Riviere. London: Hogarth Press, 1952, pp. 292–320.

——— (1957), *Envy and Gratitude*. New York: Basic Books.

Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

——— (1977), *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

Krause, R. (1988), Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der frühen Störungen. *Psychother. & Mediz. Psychol.*, 38:77–86.

——— (1997), *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Vol. 1:* Grundlagen. Stuttgart: Germany: Kohlhammer.

——— (1998), *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Vol. 2:* Modelle. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.

Lacan, J. (1966), *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.

Laplanche, J. (1970), *Vie et Mort en Psychanalyse*. Paris: Flammarion.

——— (1987), *Nouveaux Fondements pour la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

——— (1992), *Seduction, Translation, Drives*, ed. J. Fletcher & M. Stanton. London: Institute of Contemporary Arts.

Mahler, M. S. & Furer, M. (1968), *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.

——— Pine, F. & Bergman, A. (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.

Mitchell, S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rosenfeld, H. (1964), On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 45:332–337.

Stern, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant.*New York: Basic Books

Stoller, R. J. (1975), *Perversion: The Erotic Form of Hatred*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

——— (1979), *Sexual Excitement*. New York: Pantheon.

Sullivan, H. S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.

——— (1962), *Schizophrenia as a Human Process*. New York: Norton.

Winnicott, D. W. (1958), *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

——— (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.

——— (1971), *Playing and Reality*. New York: Basic Books.

21 Bloomingdale Road
White Plains, NY 10605

Texte 6

Les cinq concepts diagnostiques de Kernberg : l'épreuve de réalité, l'intégration versus la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi

Tremblay, G., 2017, *Les cinq concepts diagnostiques de Kernberg : l'épreuve de réalité, l'intégration versus la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi.*

Nous abordons ici les cinq concepts diagnostiques de Kernberg : l'épreuve de réalité, l'intégration de l'identité, les mécanismes de défense, la faiblesse du moi et l'intégration du surmoi. Nous donnons des exemples pour les éclairer davantage. Rappelons que les trois premiers concepts sont le cœur du diagnostic structural. Les deux autres, les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi (tolérance à l'anxiété, contrôle pulsionnel et capacité sublimatoire) et l'intégration du surmoi le complètent.

L'épreuve de réalité

Lorsqu'il est question de l'épreuve de réalité, nous décrivons la capacité d'un individu à maintenir un contact approprié avec la réalité; ce contact peut être plus ou moins solide selon la condition de la personne ou selon certaines circonstances extérieures. Généralement, on définit la réalité comme ce qui tient du réel, ce qui existe par opposition à ce qui est imaginaire, à ce qui tient du fantasme, du désir, de l'illusion ou de l'hallucination. De fait, l'appréciation ou l'évaluation de l'épreuve de réalité tient à des interprétations faites sur ce qui paraît réel ou non; ces interprétations étant partagées par la majorité des membres d'une même culture et à une époque donnée. C'est en ce sens que l'on peut parler de « réalité partagée » ou de façon plus populaire de « sens commun » pour décrire des croyances et des comportements qui respectent l'épreuve de réalité. De cette façon, si autrefois, à une certaine époque et dans une culture donnée, tel sorcier pouvait apparaître comme un prophète dont la parole était respectée, aujourd'hui, à notre époque et particulièrement dans notre culture, ce personnage serait davantage considéré comme un illuminé au sens péjoratif du terme et recevrait peut-être même un diagnostic de schizophrénie.

D'après Kernberg (1997[1]), l'épreuve de réalité peut se définir, au sens strict, comme la capacité à différencier les perceptions intrapsychiques des perceptions externes. L'épreuve de réalité est maintenue si l'individu est capable de distinguer le soi du non-soi (moi, environnement), l'origine externe ou intrapsychique des perceptions et des stimuli (source externe, source intrapsychique) et s'il peut évaluer correctement ses comportements, ses affects et ses pensées de manière réaliste en respectant les normes sociales habituelles.

Pour Kernberg, l'épreuve de réalité constitue l'un des trois outils principaux pour effectuer le diagnostic différentiel des structures de personnalité. Les deux autres étant l'intégration de l'identité et le style défensif privilégié. Selon l'auteur, l'épreuve de réalité est une fonction fondamentale du moi qui consiste en une évaluation et un jugement de la réalité extérieure. Cette épreuve dépend des fonctions du moi encore plus simples, dont la perception et la mémoire pour distinguer le moi du non-moi, et la provenance des stimulations externes des stimulations internes. Comme les objets externes représentent une menace pour le moi ou une source de gratifications potentielles, le moi se protège mieux contre les menaces et retire le maximum de gratifications en ayant recours à l'épreuve de réalité pour juger le réel objectivement et ajuster ses comportements en fonction de ces buts. L'épreuve de réalité implique donc l'absence d'hallucinations et d'idées délirantes. Alors que dans certains cas, il peut être aisé de percevoir une rupture dans le contact avec la réalité, par exemple dans des cas de délire aigu, il n'en est pas toujours ainsi. En effet, la perte de contact avec la réalité

1. O.F. Kernberg, *Les troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod, 1997.

n'est pas toujours évidente et facile à détecter. Le point de rupture est parfois subtil et c'est pourquoi le texte qui suit est destiné à faciliter l'évaluation de l'épreuve de réalité.

Il faut noter qu'une contradiction dans le discours d'un individu ne constitue pas nécessairement un bris dans le contact avec la réalité. Faut-il encore évaluer la nature de cette contradiction en questionnant l'individu face à celle-ci pour vérifier d'abord s'il en est conscient, et comment ensuite il l'explique. L'exemple suivant peut être utile pour illustrer cela : un homme dit en début d'entrevue qu'il ne trouve rien de bon à dire au sujet de son père car il n'a jamais eu de père. Cependant, après quelques questions additionnelles, l'individu finit par dire qu'il a eu un père mais qu'un père, ça doit être présent pour exister. En questionnant encore plus l'individu, on finit par comprendre que c'est davantage la colère et la rancune de cet homme qui l'empêchaient de vouloir mentionner la moindre bonne qualité que ce soit au sujet de son père, plutôt qu'une incapacité liée à un déni massif de reconnaître la réalité. Transformons cet exemple de la façon suivante : un homme dit en entrevue qu'il n'a rien à dire sur son père car il n'est plus sûr d'avoir un père, alors que la veille, il dit avoir rêvé que son père aurait un accident de voiture le lendemain. Une fois la crise d'anxiété passée, l'homme finit par reconnaître que sa croyance superstitieuse était insensée. Bref, dans ce cas, on peut parler d'une perte de contact temporaire et mineure avec la réalité. Transformons encore l'exemple de la façon suivante : un homme dit en début d'entrevue qu'il ne doit rien dire de mal au sujet de son père car ce dernier saurait aussitôt qu'il pense du mal de lui à cause des ondes négatives qui se propagent. De plus, l'individu ajoute que ces ondes passent nécessairement par l'Allemagne car ce pays possède une technologie spéciale. Dans cet exemple-ci, on remarque tout de suite la présence d'idées délirantes structurées, qui signalent par le fait même une perte sévère du contact avec la réalité.

Un dernier exemple montrera que la perte de contact avec la réalité peut être parfois mineure ou difficile à déceler. Alors qu'il est invité à décrire son père, un homme répond : « Je ne comprends plus rien, on m'a déjà dit que dans la vie, lorsque tu désires vraiment quelque chose, tu finis toujours par l'avoir. J'ai longtemps désiré avoir une maison, mais je me retrouve en appartement. » Dans cet exemple, l'homme ne répond manifestement pas à la question et ses commentaires sont pour le moins étranges. Supposons maintenant, pour les fins de cet exemple, que l'homme ne souffre pas de retard mental, qu'il n'est pas intoxiqué et qu'aucune cause organique ne peut expliquer cette réponse. S'agit-il alors d'une distraction momentanée, d'une feinte intentionnelle ou d'une possible rupture, même temporaire, avec la réalité de l'entretien? L'examinateur devra vérifier chacune de ces possibilités. Dans le cas où l'individu en viendrait assez spontanément à reconnaître qu'il n'a pas répondu à la question qui lui avait été posée, nous pourrions évoquer une distraction ou une esquive volontaire. Si d'autres manifestations semblables devaient se produire en cours d'entretien, l'hypothèse d'une perte de contact avec la réalité devrait alors être envisagée. Les exemples précédents montrent que la ligne de démarcation est parfois mince entre le respect et le non-respect de l'épreuve de réalité.

Suivant ce qui vient d'être dit, nous réalisons que la perte de contact avec la réalité peut être mineure ou bien sévère et, dans certains cas, plus constante que temporaire. Bref, il est important de juger de l'intensité et de la persistance des croyances qui sortent de l'ordinaire afin de mieux juger de l'épreuve de réalité. En somme, ce n'est pas parce que l'épreuve de

réalité est préservée dans les troubles de la personnalité que l'on ne peut pas observer parfois, lors de pics émotifs surtout, des ruptures temporaires dans le contact avec la réalité.

L'intégration versus la diffusion de l'identité

Deuxième concept diagnostique de l'entrevue structurale, l'intégration versus la diffusion de l'identité concerne le degré avec lequel le sentiment d'identité est stable et bien défini ou alors instable et flou. L'intégration de l'identité ou son absence nous renseigne non seulement sur la perception de soi mais également sur la perception d'autrui.

Le terme identité (*identitas* en latin) tire sa source du mot *idem*, qui signifie « le même ». De fait, l'identité est ce qui fait qu'une chose ressemble à une autre chose selon certaines caractéristiques, et qu'elle diffère de cette même chose ou d'autres encore, selon ces mêmes ou d'autres caractéristiques. L'identité d'un individu apparaît comme la somme a) des identifications antérieures, b) des dispositions héréditaires et 3) des avatars de la vie. En effet, l'identité se construit de façon progressive, où entrent en jeu et s'équilibrent les objets réels, les objets internes, l'équipement pulsionnel et les événements de la vie courante. Ainsi, par exemple, le passage à la puberté est souvent une période trouble chez les adolescents, où des crises d'identité plus ou moins importantes peuvent survenir selon les succès et les malheurs de chacun. Ces crises affecteront non seulement le sentiment d'identité personnelle d'un individu en tant que personne mais aussi son sentiment d'identité sexuelle et sociale. Tout autant, la perception des autres sera modifiée par les crises d'identité, ce qui affectera du même coup la qualité des relations.

Chez Kernberg, la diffusion de l'identité est décrite selon divers points de vue. D'abord, d'un point de vue clinique, l'identité diffuse est représentée par la pauvreté de l'intégration de soi et des proches. Les manifestations cliniques principales sont les suivantes : sentiment chronique de vide intérieur; perception de soi et comportements contradictoires qui ne peuvent être intégrés de façon significative sur le plan affectif; perception d'autrui qui est pauvre, superficielle, terne et souvent contradictoire. Ensuite, d'un point de vue diagnostique, on observe la diffusion de l'identité chez l'individu qui semble incapable de décrire ses relations avec autrui de façon significative (ex. : manque de clarté dans la description de soi et d'autrui, informations partielles ou trop superficielles, etc.). Cela fait que l'intervenant a beaucoup de difficulté à se représenter les interactions de l'individu de façon claire et profonde et de ressentir de l'empathie. D'un point de vue théorique, le concept d'identité est établi à partir de 1) la différenciation entre soi et autrui et 2) l'intégration des représentations de soi et des objets en un tout cohérent. Dans le premier cas, on observe que les frontières du moi chez l'état limite sont suffisamment solides pour permettre une différenciation entre les représentations de soi et d'autrui, ce qui n'est pas le cas chez le psychotique, où il existe une indifférenciation entre soi et autrui. Dans le second cas, contrairement au névrotique pour qui les différentes images (bonnes et mauvaises) de soi et de l'objet sont intégrées de façon unifiée dans un soi complet et dans une perception globale et stable de l'objet, chez l'état limite, les représentations contradictoires de soi et de l'objet demeurent floues et non unifiées.

Les mécanismes de défense

Troisième outil principal servant au diagnostic structural chez Kernberg, le concept de défense est défini pour en éclairer sa nature et sa fonction.

Laplanche et Pontalis (1984) proposent la définition suivante de la défense :

> Ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations (p. 108).

Le processus défensif désigne l'ensemble des opérations défensives dont le moi se sert afin de maintenir ou de rechercher l'équilibre. En effet, le moi se défend des pulsions inconscientes et des affects qui s'y rattachent tout comme il doit se protéger des exigences et interdits du surmoi et de la réalité extérieure qui l'inhibe ou le menace. De façon plus générale, nous pouvons décrire les caractéristiques suivantes de la défense :

1. une opération de protection qui vise à neutraliser la présence de forces internes ou externes, de représentations et de situations qui risqueraient de compromettre l'intégrité de la personnalité;
2. une opération qui répond à l'économie de la conservation;
3. une activité à laquelle participent le moi et le surmoi;
4. elle se manifeste principalement de façon inconsciente;
5. elle représente une « institution des investissements » en ce sens qu'elle détermine un pattern de comportements prévisibles dans tous les niveaux d'expériences interpersonnelles de l'individu;
6. elle est adaptation et organisation de la dynamique de la personnalité;
7. elle se veut négative lorsque poussée à l'extrême ou lorsque l'adaptation à la réalité est menacée;
8. par contre, elle se veut positive lorsqu'elle est plus souple et plus adaptée à la réalité, c'est-à-dire plus apte à la réorganisation vis-à-vis des exigences de la réalité.

En somme, la défense est un mécanisme d'adaptation qui, en soi, n'est ni négatif ni positif. Tout dépend de la façon dont elle est utilisée, avec souplesse ou avec rigidité, avec intensité ou non et de façon exclusive ou non.

Selon Kernberg, la manifestation des mécanismes de défense lors de l'entretien structural permet d'effectuer une distinction entre la structure névrotique d'une part, et celles des états limites et psychotiques de l'autre. Les défenses typiquement associées aux structures névrotiques sont centrées principalement sur le refoulement et les autres mécanismes de défense supérieurs ou plus évolués sur le plan génétique.

Dans les structures états limites et psychotiques, nous retrouvons une présence importante de mécanismes de défense primitifs. Pour distinguer entre elles les structures états limites et psychotiques à partir des mécanismes de défense, c'est plutôt la fonction et l'intensité

mêmes des défenses utilisées plutôt que leur nature, de façon générale, qui peut permettre une telle distinction. En effet, chez le patient limite, l'utilisation des défenses primitives lui sert à se protéger d'un conflit intrapsychique bien que, du même coup, ses capacités adaptatives en soient diminuées alors que le moi est affaibli. Dans le cas du patient psychotique, le recours aux défenses primitives sert à le protéger contre un effacement plus grave des frontières entre le soi et l'objet. De plus, chez le patient limite, l'interprétation des mécanismes de défense conduit souvent à une amélioration immédiate, ne serait-ce que temporaire, de l'intégration du moi et de la condition générale du patient. Par contre, chez le psychotique, cette interprétation mène souvent à une régression. Ainsi, la réaction du patient (amélioration versus détérioration) face aux interprétations cliniques des défenses peut nous renseigner sur le type de structure de personnalité d'un patient.

Mentionnons que différentes structures de personnalité utilisent différents types de défenses, incluant des défenses primitives et d'autres plus évoluées. Par exemple, la dépréciation est une défense que l'on peut retrouver tant chez des patients névrotiques, limites que psychotiques. Cependant, chez le névrotique, il est assez rare d'observer la présence de défenses très primitives (ex. : identification projective). Chez le patient limite, voire aussi chez le psychotique, la dépréciation sera souvent utilisée de façon plus intense, plus crue, et elle sera aussi plus souvent accompagnée de défenses plus primitives. Bref, la détermination d'une seule défense comme telle ne peut suffire à reconnaître correctement telle ou telle structure de personnalité. Il convient ainsi de mettre en lien le style défensif d'une personne avec les autres données de l'entrevue structurale (ex. : épreuve de réalité, intégration de l'identité, du surmoi) et les données factuelles de l'entrevue générale (ex. : antécédents psychiatriques, histoire familiale, événements traumatisants). Enfin, il arrive parfois qu'une défense puisse révéler la présence d'une autre défense ou qu'on puisse se demander si telle défense en serait plutôt une autre. Par exemple, le clivage peut comprendre de l'idéalisation et de la dépréciation; l'annulation rétroactive poussée à l'extrême pourrait constituer une formation réactionnelle; elle-même, la formation réactionnelle pourrait parfois être vue comme un déplacement. Dans le contexte du présent cours, il ne s'agit pas tellement de se « casser la tête » à savoir si une défense peut aussi en cacher une autre ou en constituer une autre, mais plutôt d'en repérer une et de la définir correctement à partir des informations disponibles.

Les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi

Les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi comprennent les capacités de tolérance à la frustration, le contrôle pulsionnel et la capacité à sublimer. Le manque de tolérance à l'anxiété reflète le degré selon lequel une charge additionnelle d'anxiété, qui n'est ordinairement pas vécue, provoque davantage de symptômes (ex. : à la suite d'un abandon, la personnalité limite va vivre plus d'anxiété qui pourra conduire à des passages à l'acte). Lorsque l'anxiété dépasse la capacité de la personne à la gérer, la personne pourra alors réagir de façon impulsive et désordonnée afin de taire le malaise intérieur. C'est le manque de contrôle pulsionnel. Ce manque de contrôle des pulsions pourra ainsi conduire à des passages à l'acte imprévisibles de toutes sortes : sexualité débridée, consommation d'intoxicants, crises de colère infantiles et autres conduites destructrices (ex. : « Elle m'a

abandonné, alors je me fous de tout. Je vais m'envoyer en l'air. Elle va voir comme ça ne me dérange pas »). Enfin, la capacité à sublimer représente la capacité de la personne à vivre des expériences joyeuses et créatrices dans sa vie en étant capable de mettre de côté les demandes pulsionnelles de gratifications immédiates (ex. : capacité de pratiquer des activités saines, non destructrices, seul ou avec d'autres personnes).

L'intégration du surmoi

Le surmoi représente le degré d'intériorisation des interdits moraux et la capacité à s'identifier et à accepter des standards sociaux. Le surmoi reflète à la fois la capacité d'empathie et la possibilité de vivre de la culpabilité et du remords à la suite de la transgression de règles sociales. L'intégration du surmoi est gage d'humilité et permet de renoncer aux plaisirs immédiats commandés par le ça. Il souligne la maturité psychologique et permet aux gens d'entrer en relation les uns avec les autres de façon plus harmonieuse. Dans la névrose, le surmoi est sévère et rigide et souvent source d'inhibitions importantes alors que dans les troubles de personnalité et dans la psychose, il représente davantage des représentations d'objets idéalisés ou sadiques. Le surmoi est grandement déficitaire sinon absent chez l'antisocial, alors que chez l'évitant, il est source d'inhibitions importantes. Le narcissique manque d'empathie alors que le dépendant en montrera trop mais ce, souvent de façon superficielle et égocentrique, afin de conserver l'objet de dépendance. L'obsessif-compulsif se culpabilisera à la moindre erreur en se mortifiant, signe d'un surmoi rigide, alors que l'histrionique en fera tout un drame mais ce, sans profondeur.

Références bibliographiques

Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.

Cooper, S.H., J.C. Perry et D. Arnow (1988). « An empirical approach to the study of defense mechanism : I : Reliability and preliminary validity of the Rorschach Defense Scale », *Journal of Personality Assessment*, 52 (2), p. 187-203.

DeBray, Q., et D. Nollet (1997). L*es personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique*, Paris, Masson.

De Tichey, C. (1982). « Test de Rorschach et mécanisme de défense dans les "états limites" », *Psychologie médicale*, 14 (12), p. 1865-1874.

Kernberg, O. (1978). « The structural diagnosis of borderline personality organization », dans P. Hartocolis (sous la dir. de), *Borderline Personality Disorders : the Concept, the Syndrome, the Patient*, New York, IUP, p. 87-121.

Laplanche, J., et J.B. Pontalis, (1984). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

LERNER, H., et P. LERNER (1980). « Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure », dans J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner et A. Sugarman (sous la dir. de), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, International Universities Press, p. 257-274.

LERNER, H., A. SUGARMAN et J. GAUGHRAN (1981). « The Rorschach assessment of borderline defences », *Journal of Nervous and Mental disease*, 169, p. 705-711.

PERRY, J.C. (2004). *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson. Traduit de l'anglais : *Defense Mechanism Rating Scale*, 5e éd., Boston (Mass.), Cambridge University, 1990.

SUGARMAN, A., et H.D. LERNER (1980). « Reflections on the current state of the borderline concept », dans J. Kwawer, P. Lerner, H. Lerner et A. Sugarman (sous la dir. de), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, International Universities Press, 1980, p. 11-37.

CHAPITRE 2
LA FORMULATION DE CAS

Texte d'introduction du chapitre 2 ..... **145**

Texte 7 Kassaw, K., Gabbard, G.O. (2002). Creating a psychodynamic formulation from a clinical evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 159, no 5, 721-726. 153

Texte 8 Patient Assessment 161

Texte 9 Évaluation des troubles de personnalité du DSM-5 193

Texte 10 Évaluation de l'épreuve de réalité 207

Texte 11 Évaluation de l'intégration par opposition à la diffusion de l'identité 215

Texte 12 Évaluation des mécanismes de défense 227

Texte 13 Évaluation des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi et de l'intégration du surmoi 253

Texte 14 Indices d'angoisse, d'enjeux relationnels et autres manifestations cliniques selon le type de personnalité 257

CHAPITRE 2
LA FORMULATION DE CAS

1. Introduction

Comme nous l'avons vu dans la présentation générale, la formulation de cas est définie comme une hypothèse sur les causes, les facteurs précipitants et les circonstances qui influencent et maintiennent les problèmes psychologiques, les problèmes interpersonnels et les troubles de comportement de la personne. Cette formulation organise des informations complexes et souvent contradictoires fournies par la personne, et offre une structure qui permet de mieux comprendre la dynamique de celle-ci, soit la structure de personnalité et les conflits psychologiques. Une formulation écrite est donc très utile car elle oblige à revoir en profondeur le cas, à organiser et à résumer l'information permettant de clarifier sa pensée sur le cas.

Dans le modèle psychiatrique, une formulation de cas est réalisée à la suite d'une entrevue qui dure de une à deux heures. Cette procédure pose le problème de comment créer une formulation psychodynamique à partir d'une évaluation clinique. Sur la base d'une discussion, Kassaw et Gabbard (texte 7) démontrent comment les données parfois parcellaires d'une entrevue peuvent être utilisées pour formuler des hypothèses psychodynamiques. Le processus d'approfondissement de ces hypothèses peut être constaté au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont fournis par le docteur Kassaw, thérapeute de la patiente.

En une heure ou deux, le clinicien essaie donc de recueillir suffisamment de renseignements pour réaliser une formulation de cas qui lui permettra d'entreprendre le plus tôt possible un traitement. Mais cela ne va pas de soi car ce dernier objectif implique des contraintes que Eells[1] nomme tensions soit des sous-objectifs qui peuvent s'opposer. Ces tensions sont au nombre de cinq.

La première tension est due au besoin de réconcilier l'objectif de poser immédiatement une intervention à celui d'atteindre une compréhension globale de la personne. Cette tension désigne la dynamique entre le besoin rapide de formuler une hypothèse sur le problème de la personne afin d'initier le plus rapidement possible le traitement. Mais en même temps, il est important d'obtenir une compréhension la plus complète possible afin de mieux aider la personne. La tension est l'incompatibilité apparente entre la nécessité de la rapidité de l'intervention et la nécessité de comprendre la personne sous le plus d'aspects possibles. Une manière de solutionner cette tension est le développement de la capacité de sélectionner rapidement les renseignements les plus pertinents durant l'entrevue.

La deuxième tension est le résultat du jeu entre la complexité et la simplicité. Si la formulation est trop simple, des aspects importants sont oubliés et si elle est trop complexe, elle peut devenir impraticable tout en nécessitant trop de temps. Aussi, plus elle est complexe, et plus il est difficile de démontrer sa validité et fiabilité.

---

1. Eells, T.D., 1997, psychotherapy Case Formulation : History and Current Status in T.D. Eells, *Handbook of Psychotherapy Case Formulation,* New York, The Guilford Press, 15-37.

La troisième tension est provoquée par la nécessité de réconcilier les biais du clinicien avec l'objectivité. Cette tension résulte des efforts du thérapeute pour obtenir une compréhension adéquate des problèmes de la personne, et les défauts personnels inhérents à chaque thérapeute.

La quatrième tension provient de la dialectique entre l'observation et l'inférence. Si le clinicien se fie trop au comportement du patient, il peut sous-estimer les facteurs dynamiques sous-jacents à ses comportements. Mais s'il se fie trop à ses intuitions ou inférences, il peut perdre de vue ce qui se passe réellement.

La cinquième tension est la recherche d'un équilibre entre la généralisation et l'individualisation du cas. Une formulation de cas est un énoncé qui doit refléter le plus possible les caractéristiques spécifiques d'une personne. Mais pour conceptualiser un cas, il faut aussi se référer à une théorie générale. Durant la recherche de l'équilibre entre les deux aspects, peuvent se produire deux biais. Le premier est de rendre le patient conforme à une théorie générale (surgénéralisation), dans lequel cas il s'en suit une discussion complètement théorique qui fournit peu d'indications sur comment la théorie utilisée s'applique aux données historiques particulières du patient. Le deuxième biais est de trop individualiser la formulation sans tenir compte de la théorie (surindividualisation). Il s'en suit alors une répétition de l'histoire avec peu ou aucune tentative pour insérer les données dans le modèle théorique, et pour dévoiler les conflits intrapsychiques du patient.

2. La formulation de cas

Comment se réalise une formulation de cas? La formulation de cas, c'est un peu comme écrire une histoire ou un roman. Cette histoire doit avoir un début et une fin et, entre les deux, une suite logique d'événements et de descriptions faisant en sorte que le lecteur puisse comprendre le déroulement de l'histoire et saisir pourquoi les protagonistes agissent comme ils le font. Ainsi, si dans une formulation de cas, on en vient à suggérer un diagnostic de trouble de personnalité limite, on devrait alors retrouver dans l'anamnèse des éléments clés de cette dynamique de personnalité. Par exemple, on notera peut-être que la personne vient d'une famille dysfonctionnelle où, des abus de différentes sortes (sexuel, violence verbale et/ou physique) avaient cours. On notera peut-être aussi que la personne a eu des difficultés d'ajustement à l'école (indiscipline, suspensions, etc.), qu'elle présente des symptômes et des conduites symptomatiques typiques de ce trouble (p. ex., humeur instable, diffusion de l'identité, épisodes psychotiques transitoires, relations conflictuelles et instables, dépendance aux intoxicants, tentatives de suicide et/ou automutilations, etc.).

Bref, ces éléments que l'on retrouverait dans l'anamnèse feraient comprendre toute la portée du diagnostic suggéré. Au contraire, une anamnèse vide de problèmes ou de conflits ne pourrait appuyer un diagnostic de personnalité limite. Ainsi, pour chacun des troubles de personnalité à l'étude, nous devrions retrouver, dans l'histoire personnelle de chaque personne, des éléments qui nous mettent sur la piste d'un diagnostic structural. Encore faut-il faut poser les bonnes questions et recueillir les informations pertinentes.

La formulation de cas tient en deux temps : la prise d'informations et la rédaction du rapport. Pour le recueil des informations, il est souvent préférable de respecter le cheminement aléatoire du récit de la personne et ce, suivant un minimum d'intervention de la part du clinicien. Bien sur, ce

dernier s'assurera de recueillir les informations pertinentes dont il a besoin en vue de poser les hypothèses cliniques et diagnostiques. Bien que cette façon de faire augmente la durée de l'entrevue, elle offre néanmoins certains avantages. D'abord, de laisser la personne le soin de dire les choses à sa façon, permet d'évaluer l'entrée en contact avec l'autre. Cela permet aussi d'évaluer la capacité de la personne à raconter son vécu de façon cohérente tout autant que son habileté à faire des liens logiques entre ses difficultés actuelles et ses expériences antérieures. Ces premières informations sont souvent fertiles pour orienter la suite de l'entrevue. En effet, le clinicien, selon la présence ou l'absence de contradictions ou d'omissions dans le discours de la personne, pourra décider de poser des questions plus spécifiques. Il importe de diviser le travail en différentes sections et de les organiser de telle sorte que le lecteur puisse suivre le déroulement de l'histoire de l'individu sans s'y perdre.

3. Le questionnaire

Pour s'assurer d'avoir les informations nécessaires pour poser un diagnostic sur la personnalité et à émettre des hypothèses sur le fonctionnement psychique de la personne qui consulte, le clinicien recueille des renseignements basés sur les dires de la personne dans le cadre d'une entrevue semi-structurée qui dure environ deux heures. L'entrevue est semi-structurée car elle est basée sur un questionnaire (dans ce cours le questionnaire a été élaboré par les docteurs Renaud et yves Lecomte). Le questionnaire vise à recueillir le plus de renseignements possibles dans un temps restreint. Ce questionnaire, présenté dans le guide d'étude, comporte les 12 parties suivantes :

1. renseignements socio-démographiques,
2. description de soi-même,
3. troubles relationnels,
4. troubles affectifs,
5. troubles cognitifs,
6. troubles du comportement,
7. les antécédents médicaux, familiaux, etc.,
8. l'enfance et la famille,
9. les événements marquants de l'enfance,
10. le développement sexuel, la délinquance, la consommation de drogues,
11. les événements marquants de l'âge adulte, et
12. les problèmes récurrents.

Une fois l'entrevue terminée, il faut classer les renseignements selon les différentes parties constitutives de la formulation de cas.

4. La rédaction du rapport

Pour la rédaction du rapport, il convient d'y aller de façon systématique. Suite à la collecte des données, les informations disparates sont alors organisées en un tout cohérent afin de dresser un portrait cohérent de la personne. Dans le contexte socio-économique actuel, il devient de plus en plus important de trouver des façons d'être efficace rapidement. Une entrevue clinique dure en moyenne d'une à deux heures et peut se poursuivre en deux rencontres ou plus selon différents impératifs. Voilà pourquoi il est essentiel d'élaborer une grille d'entrevue qui identifie les informations pertinentes à recueillir. En effet, la formulation de cas sera d'autant plus complète, que le clinicien, avec ses questions, se sera assuré de toucher à l'ensemble des sphères de la vie de la personne. Ainsi, il sera en mesure de rédiger un rapport relativement fidèle et complet de la personne.

5. Modèle de formulation de cas

La formulation de cas comporte trois sections : l'anamnèse, la formulation psychodynamique et le diagnostic.

5.1 L'anamnèse

Dans la première, on retrouve les renseignements nominatifs qui constituent la partie anamnèse i.e. « Les renseignements fournis par le sujet sur son passé et sur l'histoire de sa maladie » (Le Petit Robert, 2001). Ces informations constituent la matière qui permet de réaliser la formulation psychodynamique et le diagnostic.

L'anamnèse se divise en cinq parties :

1. l'identification (renseignements socio-démographiques);
2. le problème actuel (description des difficultés actuelles nécessitant la consultation);
3. l'histoire pertinente au problème actuel;
4. les antécédents psychiatriques et médicaux incluant les traitements;
5. l'histoire personnelle, familiale et sociale.

5.2 La formulation psychodynamique

Cette partie étant plus complexe à réaliser, nous nous y attardons davantage. Dans ce cours, la théorie à partir de laquelle la formulation psychodynamique est réalisée a été élaborée par Otto Kernberg, psychiatre, psychanalyste.

La conceptualisation psychodynamique des troubles de la personnalité diffère de celle retenue par la psychiatrie traditionnelle. Les critères diagnostiques descriptifs retenus pour l'évaluation des troubles de la personnalité dans le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) décrivent un ensemble de comportements observables et de perturbations subjectives qui, selon l'approche psychodynamique, peuvent être trompeurs. Pour les tenants de l'approche

psychodynamique, ceux-ci sont en fait le reflet des caractéristiques pathologiques des structures psychologiques sous-jacentes.

Nous avons déjà mentionné que la théorie psychodynamique postulait l'existence de trois grandes organisations ou structures de la personnalité (névrotique, limite et psychotique). De telles structures peuvent se concevoir comme des organisations intrapsychiques stables et durables, responsables de la continuité et de l'uniformité temporelles, qui organisent les comportements de l'individu, ses perceptions et ses expériences subjectives (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006[2]; Kernberg, 1981[3]). Ces dispositions mentales renvoient à la façon dont le soi se façonne et entre en relation avec les autres selon un ensemble de règles conscientes et inconscientes propres à chaque individu (PDM Task Force, 2006[4]). Ces structures ont une fonction stabilisatrice du fonctionnement de l'appareil mental et se trouvent en fait à jouer un rôle de médiation ou d'intermédiaire entre les facteurs étiologiques, qu'ils soient génétiques, constitutionnels, biochimiques, familiaux, psychodynamiques ou psychosociaux, et les manifestations directes des troubles de la personnalité. Selon Kernberg (1997[5]), l'individu stabilise son fonctionnement psychologique en fonction de ces structures qui deviennent alors la matrice sous-jacente d'où se développeront les symptômes comportementaux. L'organisation de la personnalité se trouve ainsi à être largement tributaire du degré d'intégration, ou de non-intégration, de ces structures psychologiques sous-jacentes.

Alors que la démarche diagnostique descriptive du DSM repose sur la détermination des manifestations symptomatiques de la personnalité (ex. intensité des colères, impulsivité), celle retenue par Kernberg est plus complexe et exige du clinicien beaucoup d'expérience et de pratique. En effet, ce dernier doit tenter de repérer et de mettre en évidence une organisation de la personnalité qui, avons-nous mentionné, joue un rôle d'intermédiaire entre les facteurs étiologiques et les manifestations observables de la personnalité. Sa tâche consiste à évaluer non seulement la symptomatologie (ex. dépression, anxiété) et les domaines de fonctionnement qui posent problème (ex. relations interpersonnelles, travail, etc.), mais à identifier correctement l'organisation prédominante de la personnalité (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006[6]). Cette disposition particulière à ressentir et à se comporter, qui se trouve à caractériser le fonctionnement de l'individu, va se manifester et s'observer dans les interactions avec autrui. Kernberg propose une évaluation de la structure ou de l'organisation de la personnalité à partir d'un entretien clinique qu'il nomme l'entrevue structurale.

L'entrevue structurale de Kernberg est une entrevue semi-structurée qui met l'accent sur la symptomatologie actuelle et passée de la personne qui consulte, l'organisation de sa personnalité, la qualité de ses interactions actuelles avec l'intervieweur et ses antécédents personnels et familiaux. La conduite de cet entretien d'évaluation devrait susciter suffisamment de tension chez le client de manière à faire apparaître son organisation défensive et l'organisation structurale prédominante de son fonctionnement mental. L'entretien structural comprend trois phases. Dans la

2. Clarkin, J.F., F.E. Yeomans, et O.F. Kernberg (2006). *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations,* Washington, American Psychiatric Publishing.
3. Kernberg, O. (1981). « Structural interviewing », *Psychiatric Clinics of North America,* vol. 4, nº 1, p. 169-195.
4. PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual,* Silver Spring, MD, Alliance of Psychoanalytic Organization.
5. Kernberg, O.F. (1997). « *Les troubles limites de la personnalité* », Paris, Dunod.
6. Clarkin, J.F., F.E. Yeomans, et O.F. Kernberg (2006). *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations,* Washington, American Psychiatric Publishing.

première, l'intervieweur explore la symptomatologie présentée par la personne. Dans la deuxième, il s'intéresse à la conception de soi et des autres et à leur articulation respective. Cette deuxième étape est particulièrement importante pour l'évaluation d'une possible diffusion de l'identité. La troisième partie de l'entrevue consiste à mettre brièvement en lien le passé de la personne avec les difficultés actuelles. A toutes les étapes de l'entrevue, l'intervieweur s'intéresse autant au contenu de la réponse (ex. la personne se dit anxieuse, sans amis, etc.) qu'à la façon de répondre.

Pour aider le clinicien à conduire une entrevue d'évaluation structurale de la personnalité, Clarkin, Caligor, Stern et Kernberg (2006[7]) ont mis au point une entrevue semi-structurée, la STIPO (*Structured Interview of Personality Organization*). La finalité de cette entrevue est de parvenir à un diagnostic structural (organisation névrotique, organisation limite de niveau supérieur ou inférieur) à partir d'une évaluation méthodique et complète de sept construits essentiels : 1- l'identité, 2- le coping et la rigidité, 3- les défenses primitives, 4- l'épreuve de réalité, 5- la qualité des relations d'objet, 6- l'agression et 7- les valeurs morales (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006[8]).

Les informations tirées de cet entretien permettront de faire ressortir les trois éléments ou critères essentiels à prendre en considération dans le diagnostic structural de la personnalité : 1-l'épreuve de réalité, 2- l'intégration de l'identité et 3- les opérations défensives. Kernberg (1997[9]) considère que sa méthode diagnostique ne va pas à l'encontre de l'approche diagnostique orientée vers la description, le symptôme et le comportement, mais qu'elle l'enrichit. Elle constitue un apport significatif à la clinique psychiatrique en en accroissant l'acuité, la précision et l'exactitude.

Pour ce cours, nous n'avons pas utilisé le *Structured Interview of Personality Organization*). Nous avons plutôt réalisé une entrevue d'évaluation selon le modèle généralement utilisé en psychiatrie. Toutefois, sur la base de ces entrevues, il est possible comme nous le verrons d'identifier les trois critères du diagnostic structural : 1- l'épreuve de réalité, 2- l'intégration de l'identité et 3- les opérations défensives ou mécanismes de défense comme vous le démontrent les trois formulations de cas que nous avons réalisées (cf. les entrevues des troubles de personnalité borderline, narcissique et schizoïde pour exemples sur le site web du cours dans les chapitres 3 et 4).

7. Clarkin, J.F., E. Caligor, B. Stern et O.F. Kernberg (2006). *Structured interview of personality organization* (STIPO). Personaity Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
8. Clarkin, J.F., F.E. Yeomans, et O.F. Kernberg (2006). *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations*, Washington, American Psychiatric Publishing.
9. Kernberg, O.F. (1997). « *Les troubles limites de la personnalité* », Paris, Dunod.

6. Les critères diagnostiques du DSM

La formulation de cas se termine par l'évaluation des critères diagnostiques d'un trouble de personnalité. L'objectif est de poser une impression diagnostique d'un trouble à partir d'un repérage des critères diagnostiques retrouvés dans le discours du patient.

Texte 7
Creating a psychodynamic formulation from a clinical evaluation

Kassaw, K., Gabbard, G.O. (2002). Creating a psychodynamic formulation from a clinical evaluation. American Journal of Psychiatry, 159, no 5, 721-726.

Clinical Case Conference

Creating a Psychodynamic Formulation From a Clinical Evaluation

Kristin Kassaw, M.D.

Glen O. Gabbard, M.D.

Dr. Kassaw: Ms. A, a 29-year-old woman, came to the Baylor Psychiatry Clinic after a romantic relationship with a boyfriend had ended a few months earlier. She indicated that she was struggling with letting go of the relationship and moving on to new relationships. She felt that she spent an unusual amount of time ruminating over the circumstances of the breakup. The relationship had been about 4 months in duration and was with someone that she had known from her singles organization. She felt that the relationship had proceeded well until they became sexually involved, which she referred to as being "intimate." This had been a problem in previous relationships; a sense of insecurity developed after she became sexually involved with a boyfriend. Her efforts to compensate for feelings of insecurity had resulted in her becoming increasingly demanding of reassurance. When her demands had not been met, she sent an impulsive, angry e-mail message to the boyfriend. His response to the e-mail message had been to effectively break off the relationship by no longer communicating with her. She felt remorse about the precipitous message and sought, unsuccessfully, to reestablish the relationship. She indicated that she would like a brief course of therapy to help her with the repetitive nature of her behavior in relationships.

She had sought therapy on two previous occasions, both after the end of a romantic relationship. Neither of the previous therapeutic relationships had lasted more than a few sessions, and she did not feel that they were particularly helpful. She related that one of her therapists had spent more time talking about her own relationship problems than about Ms. A's.

Dr. Gabbard: I will interrupt Dr. Kassaw periodically to illustrate how bits and pieces of data can be used to develop psychodynamic hypotheses. Although little history has been revealed up to this point, Dr. Kassaw has nevertheless provided some key points that are useful in beginning to think about a psychodynamic formulation. Ms. A told Dr. Kassaw that the precipitating event for her seeking out treatment was the ending of an intimate relationship following sexual involvement. She also said that the outcome of the recent relationship reflected the course of previous relationships with men. She then proceeded to report that she had seen two therapists, but she had ended treatment with both of them after a few sessions because she did not feel that they were particularly helpful.

A basic premise of psychodynamic thinking is that internal object relations etched in neural networks from early childhood development tend to repeat themselves again and again in adult relationships. Here we see a pattern of difficulty in sustaining intimate relatedness both in romantic relationships and in therapeutic relationships. Whenever a patient informs you about experiences in other therapeutic relationships, you should be alert to the possibility that the pattern will repeat itself in the relationship with you. Keep in mind, however, that the therapist's contributions must always be taken into account. In other words, the behavior of the therapist may be largely responsible for the course of the therapy.

"Often one of the most difficult tasks in psychodynamic therapy is allowing the patient to be who he or she is rather than making assumptions about the patient's inner world on the basis of one's own experiences."

Dr. Kassaw: Ms. A had a master's degree in social work and worked with disadvantaged families in a state social service agency. She was born and raised in a rather affluent area of a large Texas city. Her father was an orthodontist, and her mother a housewife. She was the second of four daughters. She recounted a fairly uneventful childhood. She thought of herself as a "tomboy," meaning that she preferred more physical play as opposed to "girl" play with dolls, playing house, etc. The event that she considered most significant in her development occurred at the age of 5.

Her family was staying with relatives for a family wedding. She and her 3-year-old sister were in a bedroom in the home when an intoxicated uncle entered the room and touched the girls' genital areas. Ms. A crawled under the bed, leaving her sister behind. She recalled that she knew immediately that there was something wrong with the encounter, especially after the uncle told them not to tell their parents. Within a short period of time, she attempted to tell her mother about the incident. She felt that her mother's reaction was inadequate: "That wasn't so bad." She wished that her mother would have become tearful or angry. Her father said he was afraid that he would become violent toward the uncle if he confronted him. This response was also experienced as her father making up an excuse rather than comforting her; her father was refusing to protect her. She felt that the violation of her trust as a child and the perceived lack of response on the part of her parents had led to her current problems with intimacy in relationships.

Dr. Gabbard: The patient presented what Lichtenberg has called a "model scene." In this case it was a remembered event, with all the fallibilities of memory inherent in such a recollection, which depicted an organizing experience in the patient's life. She linked this event to her current difficulties with intimacy in relationships. One should always pay careful attention to a patient's theory of pathogenesis in describing his or her symptoms and difficulties. Often that theory is inextricably linked to a theory of the therapeutic action of psychotherapy that may be useful to explore when the therapy gets underway. In this memory, the patient experienced sexual abuse from an uncle and then crawled under the bed, leaving her younger sister in a vulnerable position. One can speculate that feelings of survivor guilt and a sense of being traumatically overwhelmed were both involved in this model scene. The impact of the trauma is perhaps worsened because of her mother's dismissive reaction and her father's refusal to confront the uncle, leaving the patient feeling unprotected. We know from Fonagy's work at the Anna Freud Center in London that trauma may be less pathogenic if it can be discussed and processed with a parent or parental figure to help the child contextualize and understand what happened. If the parents are unable to fulfill that function, and no one else is available to process the experience with the patient, the trauma is likely to leave more significant scars.

Dr. Kassaw: Let me now share some observations about Ms. A, even her manner in the waiting room. I called her name, and she jumped up and rather energetically said, "You pronounced my name right!" She was a youthful, attractive woman with long dark hair. She wore no makeup and dressed rather casually in loose-fitting clothing, as one might find in an outdoor store. She was pleasant and easy to converse with, relating her story in an organized and thoughtful way. During the first session and a number of others after, she would choose the chair farthest away from me. If that chair was not against the wall, she would move it so that it was. She indicated that her moods had been "sad," but her outward appearance was actually rather cheerful. She was never tearful during her initial visits. She showed no signs of perceptual abnormalities or cognitive difficulties.

I felt that this was a young woman suffering from intimacy problems, and her fear of closeness played out in the treatment room by her moving her chair back. I also sensed that she was likely to care for others and focus on the other person in the room rather than on herself. Her outward emotional appearance was of paramount importance and required her to control all negative affect continuously.

Dr. Gabbard: A psychodynamic clinician must pay careful attention to nonverbal behavior. While, traditionally, we think of slips of the tongue or dreams as ways of perceiving unconscious themes with the patient, we now know that nonverbal behaviors are at least one other "royal road" to the patient's unconscious. Early experiences with others are internalized as part of procedural memory and produce a how-to guide to relatedness. As Freud once noted, experiences that are not remembered or verbalized will be repeated in action, the original meaning of "acting out." Hence, when the patient scooted her chair back to avoid being too close to Dr. Kassaw, we could observe some form of anxiety about what might happen. Ms. A did not feel that there was sufficient interpersonal distance. Even though she was superficially cheerful and compliant, making a good impression, she was afraid of something. She might not even have known what she feared; perhaps the "nameless dread" that Bion wrote about. In any case, it was a nonverbal manifestation of her fundamental concerns about closeness that had brought her to treatment.

Dr. Kassaw: I diagnosed Ms. A with adjustment disorder, not otherwise specified. She did not meet criteria for any affective disorder, anxiety disorder, or other axis I disorder. There was no obvious axis II disorder either, although I thought that her primary defenses of avoidance, isolation of affect, and reaction formation would be most consistent with cluster C personality traits. The avoidance was manifested in the evaluation by her tendency to steer clear of conflictual issues unless I brought her back to them. The isolation of affect took the form of intellectualizing about her problems rather than allowing herself to experience the feelings associated with them. And the reaction formation was most clearly manifested by her pattern of being overly ingratiating to people at work with whom she was angry. She was actually a high-functioning professional woman, and, other than her subjective sense of distress, she had no measurable changes in her daily life.

After the first couple of visits, I noticed that Ms. A had indicated that she wanted "brief therapy for relationship problems" when she was screened for the clinic over the phone. We discussed her goals in therapy: to deal with the current situation in a short-term focused way or to examine her experiences more in depth. I was a little surprised when she chose the longer-term therapy, which she suggested might last a year. She was not at that time interested in psychopharmacologic management of symptoms, nor was there any indication for medication.

Dr. Gabbard: Experience with patients in the real world of training clinics makes the trainee aware that patients have often not read the DSM-IV and do not know that they are supposed to fit neatly into one category or another. Some patients appear to fall between the cracks, and adjustment disorder, not otherwise specified, may be the best tentative diagnosis we could identify. On the other hand, a basic premise of psychodynamic psychiatry is that we treat the person and not just the illness.

What Dr. Kassaw also began to understand was that there was a complex pattern of relatedness embedded in the patient's character that made it difficult for her to achieve satisfying love relationships. This same tendency might have made it difficult for her to receive help from a therapist. While this level of difficulty has traditionally been referred to as "character neurosis," this illness category does not mesh neatly with the axis II personality disorders, which tend to suggest much greater disturbance than is typical of this patient. When we strive to develop a psychodynamic formulation, we are really interested in a

diagnostic understanding of the person and his or her difficulties in addition to the descriptive diagnosis. Specifically, we attempt to gain an understanding of the person that will guide the psychotherapy. While all psychodynamic formulations should be based on biopsychosocial understanding, this patient presented little in the way of data that would clearly link her to substantial neurobiological disturbances. Hence, our major focus was on the psychosocial sphere, and neither Dr. Kassaw nor the patient saw medication as useful.

Dr. Kassaw: I had an initial feeling of closeness to Ms. A, even when she would move as far away as possible from me. I often mused to myself that, had she not been my patient, given our closeness in age, experience, and interests, we would have been friends. During the weeks around her initial evaluation, I had also had a great deal of turmoil in my life. Two weeks before meeting her, I had been in a rather serious car accident. Although not outwardly injured, I was feeling quite psychologically vulnerable and unsure of myself. The third year of residency had just started and was a large change from previous years in our program, since I dealt entirely with outpatients. Finally, I was navigating some of my own relationship problems, which were somewhat similar to hers. My own relationship struggles left me feeling very drawn to her but also made me wonder how I was supposed to help someone when the answers were not exactly forthcoming in my own life.

Dr. Gabbard: Dr. Kassaw has been courageous enough to share her own initial reactions to the patient, which were a source of valuable information for the formulation and planning of treatment. As psychodynamic clinicians, when we evaluate or treat a patient, we recognize that we are always working in a two-person field. We do not look at the patient as a specimen under a microscope. Nor do we regard ourselves as dispassionate, detached scientists. Rather, we recognize that we all have a complex set of conflicts, internal object relations, and struggles that influence the way we view the patient. We also make note of what the patient induces in us, knowing that any kind of countertransference is a joint creation involving some aspects of the patient's influence on us and some elements of our own past and our own conflicts.

Dr. Kassaw noted that the patient was the kind of person she would have liked to have had as a friend if she were not treating her. Keep in mind that a previous therapist had begun disclosing all of her own personal problems to Ms. A, much as a friend might have. Hence, we might develop an initial hypothesis that the patient is a person who is very accommodating to others in her attempts to please them, even to the point of sacrificing her own needs to take care of the other person's. Dr. Kassaw also saw striking similarities between her own life and the patient's, and she needed to be aware of the potential to overidentify with the patient and mistakenly assume that there was a one-to-one correlation between her own thoughts and feelings and those of the patient. Often one of the most difficult tasks in psychodynamic therapy is allowing the patient to be who he or she is rather than making assumptions about the patient's inner world on the basis of one's own experiences.

Dr. Kassaw: Ms. A felt that she was the favorite daughter in her father's eyes, receiving money, a credit card, and special gifts that her sisters did not. She felt closer to her father than to her mother, almost wanting to be a boy until she entered junior high. She remained close to her father and felt him to be generally supportive and understanding of her. She saw her mother as unnecessarily critical of her and recalled a time when her mother scolded her for accidentally spilling milk, as if she had spilt the milk with intent. She also saw her mother as functioning in a quid pro quo manner, creating unilateral contracts in which generosity was to be repaid with affection.

Ms. A had recently moved into a condo. Her mother had offered to place labels on the kitchen drawers to indicate their contents. Ms. A had become very upset with her, feeling that this seemingly generous offer came with expectations of affection in return. Ms. A also felt that her mother performed a supportive role to derive her own gratification. As an example, she had gone with Ms. A to the doctor and had made a point of telling the doctor all she does for her daughter. Ms. A felt that her mother had failed to respond empathetically to her, including not calling her when she was too ill to attend the most recent family Thanksgiving gathering.

Ms. A perceived her mother as sending a mixed message to her regarding romantic relationships. Her mother was highly critical of her interest in boys at the age of 11 and encouraged her to have a career before a spouse. However, she had also criticized Ms. A for the fact that she was single and had not given birth to grandchildren. (While Ms. A was growing up, her family took in pregnant teens, housing them until they gave birth.)

One of the most intense issues between Ms. A and her mother was related to separation. Ms. A's mother refused to financially help her with graduate school if she moved to another city. (Had Ms. A stayed near her parents, her mother had indicated that school and living expenses would have been covered.) The first dream Ms. A discussed in therapy occurred after a cousin's wedding:

> We were on the roof of the church. The bride, the groom, me—we each had big lavender balloons, which were taking us to [a city]. My cousin and her new husband were already floating away. I was about to go as well, but my mother insisted on taking more pictures of me. Mother started to back up with the camera. I saw what was going to happen, but I couldn't do anything. Mother fell off the roof of the church. I ran down to the ground, but I already knew that she was dead.

Dr. Gabbard: First dreams may be extremely useful in an assessment process because they may communicate in symbolic form something the patient cannot quite articulate as part of the life narrative emerging in her history. Ms. A had been given the message that it was not acceptable for her to grow up, leave home, and find her own life away from her mother. To be more precise, the patient had perceived her mother as giving this message. We always need to be careful in assuming there is a one-to-one correlation

between a parent's actual behavior and the way the parent's behavior is perceived by the patient. A wedding is a developmental watershed, a departure from the family of origin and the formation of a new family. The bride and groom floated away, but the patient was held back by a mother who insisted on taking pictures. Mother then backed off the roof of the church and plunged to her death.

We do not know the full range of meanings the dream may have because it was not analyzed. However, the dream and the other material taken together provide further insight into the patient's complaint about difficulty in forming intimate relationships. Separation from her mother was viewed as catastrophic. If she did not meet her mother's needs and live for her mother, her mother might die. At a more deeply unconscious level, Ms. A might have been struggling with aggressive wishes toward her mother—i.e., that she would have liked her mother to die so she could be free from her control. Dreams may present disguised and unacceptable wishes involving hostility toward one's parents. However, these wishes are probably so far from consciousness and so intensely defended against that it would not be productive to bring them up early in the assessment or therapy. Moreover, her postulated wish to destroy her mother was a hypothesis only at this time. Confirmation from clinical data was needed.

One implication of the patient's experience of her mother's message to her was that she must separate and individuate only insofar as she could meet her mother's needs. Her self-development was profoundly affected by this conflict about being destructive to her mother by becoming who she really was. Winnicott noted that children who are consistently unable to be valued by the parent will find another way to make contact by finding and developing an aspect of self that the parent recognizes and appreciates. Thus, children may develop a "false self" to accommodate the parents' image of who they should become. This compliant solution occurs at the cost of the development of the "true self," which is progressively buried and sequestered because it is viewed as unacceptable to the parent. In Ms. A's case, her mother's love seemed contingent on repaying her mother with affection and gratitude. It was too risky to express autonomous strivings because she was convinced it would be destructive to her mother. Ms. A then grew up feeling that neither her mother nor her father empathetically validated how she actually felt; instead, they wanted her to follow a script they had written for her.

It takes little imagination to speculate on how this formulation might guide the therapy. A likely development in the process would be that Ms. A would set out to be a "good patient," to give the therapist what she wanted, while secretly resenting that she was meeting the therapist's needs instead of her own. She would assume there was a quid pro quo involved in the process, in which the therapist was willing to help as long as the patient met the therapist's needs. Let us hear more from Dr. Kassaw about how the therapy began and whether it followed these predictions.

Dr. Kassaw: Our therapeutic relationship was characterized by Ms. A's effort to bring up discussion content for the sessions. However, she was very reluctant to display negative affects, such as sadness and anger, especially if these emotions were directed toward the therapist. She was quite inhibited when she first became tearful during a session and apologized for her behavior. Interpretations regarding transference were threatening, but she did not report that she was disappointed in, or in disagreement with, the therapist.

After several months of this denial, one day I received an electronic page that had to be answered as we were walking into the room for therapy. The conversation was brief and dealt with an administrative matter at one of the emergency rooms. As soon as I hung up the phone, Ms. A said, "I feel like crying." She became tearful, and I inquired as to what had happened. She said that she felt as if I was not paying attention to her and not caring for her.

Soon after that, Ms. A told me a story of a dinner with her sister. Her sister had not responded as she had wished to a painful statement Ms. A had made. Ms. A sat in silence until her sister stopped recounting an unrelated matter and inquired what had happened. I said, "I imagine that you were very angry while you sat there in silence." She briefly continued talking without any acknowledgment of my observation. Suddenly she stopped mid-sentence and said, "No, I was feeling defensive. I was not angry; I was hurt. I felt hurt." I acknowledged that my observation had been speculative and encouraged her to talk more about the experience of my error. Later in the session she said, "I'm feeling so panicked, my heart is racing, I'm sweating. I just want to get up and run out of this room." We were able to connect this feeling to the way in which she had felt when her mother had instructed her on the "right" feelings to have in certain situations.

Dr. Gabbard: We can speculate that Ms. A's efforts to be the perfect patient were in the service of a barely conscious formulation of the therapeutic action of psychotherapy. If she could have achieved a perfect empathic bond with Dr. Kassaw, her wounds would have been healed, and she would have finally received the pure love, the perfect attunement, and the special sense of recognition for which she longed. Fortunately for everyone concerned, Dr. Kassaw was imperfect, and some degree of disappointment occurred when Ms. A's therapist responded to an electronic pager at the beginning of the session. With a patient of this sort, the therapist has to fail the patient. Another way to put this basic axiom is that the patient must transform the therapist into a transference object. More precisely, the therapist is usually transformed into a series of transference objects. Psychotherapy often unfolds as a series of ruptures in the therapeutic alliance, followed by exploration of what caused the rupture and, ultimately, a reparation of the alliance. Dynamic psychotherapy is not like surgery, in which a strategy is mapped and followed as closely as possible. The therapist has a game plan, but detours and potholes regularly appear on the road to recov-

ery. Two people talk in a room about the patient's experiences, and something unexpected happens. Then the two parties engage in a process of figuring out what happened and why.

In this case, when Dr. Kassaw tried to repair the rupture, the patient related an incident involving her sister, and Dr. Kassaw suggested that she might have been angry. Ms. A felt misunderstood and clarified that she had been hurt, not angry. She again felt that Dr. Kassaw had failed in her attempts to attune herself to the patient. Patients with this type of psychopathology often have difficulty with transference interpretations, as Dr. Kassaw reported. The suggestion by the therapist that the patient actually feels something different from her conscious experience feels like a repetition of empathic failures from childhood.

I once said to a patient with an eating disorder, "I don't think you are really sad. I think you are angry." She replied, "You're just like my mother—when I said I was sad, she said, 'No, you're not sad; you're hungry.'" That patient taught me that patients are at times our best supervisors. The point, of course, is that transference interpretations must be used judiciously with patients of this type. While this patient's symptoms certainly did not fit into the category of narcissistic personality disorder, her feelings of hurt at the misattunement of her therapist were typical of the kind of narcissistic vulnerability in the patients described by Kohut in his early writings that developed into self psychology. We must also note the positive aspects of this situation—namely, that Ms. A now trusted her therapist enough to express her true self and disagree with what Dr. Kassaw suggested to her. On the other hand, she became terrified that her anger would be destructive and felt like she had to flee the room.

In developing a formulation for these clinical observations, we might hypothesize that similar concerns lead to the dissolution of Ms. A's intimate relationships. In other words, when relationships reached the point at which she began to feel misunderstood and angry, she had to flee to avoid the consequences of her destructiveness. Her model scene involving sexual abuse might help explain why the sexualization of her relationship with her boyfriend created difficulties for her. Sexuality mobilized anger in her because it had been linked to exploitation. Hence, she worried about how her aggression might destroy intimacy. The transferences that unfolded with the therapist might give us a real-life glimpse of what happens in other relationships. This is also true of certain countertransference reactions that may say as much about the patient as about the therapist.

Dr. Kassaw: One of the most challenging situations that came up during the course of therapy was with regard to Ms. A's current boyfriend. Their relationship was rather rocky, and I felt torn between voicing my disapproval of the man and his attitude toward her on one hand and retaining therapeutic neutrality on the other. If I had done the former, I would have felt as if I had been taking on the role of the overly protective mother who would not allow her daughter to separate from her and make her own independent decisions. As a way of dealing with my concerns, I tried to point out how Ms. A's relationship with her boyfriend was similar to how she felt she had been treated by her mother—namely, she felt like he was dismissive and unempathic toward her. However, I found myself biting my tongue at times to avoid saying, "Break off this relationship!"

Dr. Gabbard: Dr. Kassaw again demonstrates the value of countertransference as a therapeutic tool. This vignette is a beautiful example of projective identification. Through Ms. A's behavior (i.e., her way of relating to her less-than-optimal new boyfriend), Ms. A evoked a response in her therapist that was much like that of her mother. Dr. Kassaw started to feel protective and wanted to take over for Ms. A rather than let her make her own decisions. This countertransference was jointly created, of course, and involved an amalgam of Dr. Kassaw's past experiences and what the patient induced in her. Joseph Sandler called this type of reaction "role responsiveness." Therapeutic neutrality is undergoing radical redefinition these days. The therapist's subjectivity can never be completely eliminated, and Ms. A undoubtedly could detect Dr. Kassaw's concerns about her romantic pursuit.

There is a wonderful Ralph Greenson story in which his patient told him that he knew Greenson was a political liberal. Greenson was surprised, since he never espoused political views during a session. The patient explained, "Whenever I say something conservative, you interpret me. When I say something liberal, you say nothing." We are far less opaque than we think, and there are therapeutic advantages to our transparency. The fact that Ms. A could observe Dr. Kassaw's disapproval provided an opportunity to work through their conflict in a way that was different than what had happened with her mother.

By way of summary, let us review several key principles in forming a biopsychosocial formulation of this case with a psychodynamic emphasis:

1. Do not try to be all-inclusive. You cannot explain all of the patient's difficulties. Focus on one or two key themes that are at the core of the patient's problems.
2. Illustrate how certain developmental experiences may have contributed to the current complaints that the patient brings to treatment.
3. Identify stressors that may have triggered symptoms or unpleasant affective states that lead the patient to seek help.
4. Draw on here-and-now transference and countertransference data from your interaction with the patient that may link the patient's past to current life problems.
5. Predict how the patient's relationship patterns may emerge in the doctor-patient relationship and influence the course of psychotherapy.
6. Keep in mind that a formulation is only a hypothesis or a set of hypotheses. The formulation must be revised continuously as new data appear.

An initial formulation for Ms. A—one of many that might be useful—could be constructed as follows:

1. Ms. A sought help after a romantic relationship broke up when it became too intimate.
2. Ms. A's difficulties in sustaining intimate relationships appear to be related to her lifelong experience of her parents as lacking sufficient empathic attunement to her inner states.
3. To win her parents' approval, she developed a pleasing facade—a false self—that tried to adapt to the other person's needs.
4. However, this sacrifice of her authentic sense of who she was led to resentment and anger, which she feared would destroy relationships with those she loves and leave her feeling alone and unloved.
5. Hence, she was conflicted about whether or not she could risk authenticity when she becomes close to someone.

This pattern of relatedness may manifest itself in therapy as a need to give to the therapist what she thinks her therapist wants while secretly feeling misunderstood, resentful, and invalidated.

Based on a weekly case conference at Baylor Psychiatry Clinic, Baylor College of Medicine, Houston, July 11, 2001. Received Aug. 7, 2001; revision received Jan. 8, 2002; accepted Jan. 11, 2002. From the Department of Psychiatry, Baylor College of Medicine. Address reprint requests to Dr. Kassaw, Department of Psychiatry, Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, BCM 350, Houston, TX 77030; kkassaw@aol.com (e-mail).

Texte 8
Patient Assessment

Clarkin, J.F., Yeomans, F. E., Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York : John Wiley and Sons, 107-135.

CHAPTER 5

Patient Assessment

ORGANIZATION OF TREATMENT PLANNING

IN PLANNING treatment, it is helpful to distinguish among the patient's symptoms, personality structure, transference themes, and psychodynamics (see Table 5.1). Most central to treatment planning (including prognosis) for transference-focused psychotherapy (TFP) are the symptoms and the personality structure. Treatment is not organized around either symptoms or personality structure alone or around psychodynamics. Personality organization is central to the manner in which the patient organizes all his or her experiences and behavior. The specific symptom constellations—depression, eating disorders, substance abuse, suicidal behavior—may vary across the structural groups. The transference patterns are the surface manifestation of the underlying psychodynamics. The transference pattern

Table 5.1
Personality Structure, Transference Themes, and Psychodynamics

Personality structure	BPO (primitive defense mechanisms, identity diffusion, and relatively adequate reality testing), including the substructures of antisocial, malignant narcissism, and narcissism
Transferences patterns	The surface manifestations of the intrapsychic parts that are in conflict (i.e., psychodynamics).
	Three overarching types: antisocial, paranoid, and depressive. Indicates the dominant object relation, including the impulse and defense constellations.
Psychodynamics	Dominant unconscious conflicts between the defensive and impulsive constellations and their representations in the patient's internal world.

indicates the dominant object relation, including the defense and impulse constellation. Finally, psychodynamics are the dominant unconscious conflicts between the defensive structure and the impulsive structure of the patient. With an assessment of symptoms and structure, treatment can proceed, as transference themes and psychodynamics will emerge as treatment goes on.

The primary goal of patient assessment prior to the initiation of treatment, therefore, is to correctly identify the patient's symptoms and personality organization because they will directly influence the process and outcome of treatment. Secondarily, the clinician must identify areas that make the patient unique, that is, areas of important heterogeneity among borderline personality organization (BPO) patients. We identify a limited number of salient areas of heterogeneity among these patients relevant for treatment planning (see Table 5.2): (a) comorbid Axis II disorders, (b) symptoms (including Axis I conditions), (c) structural differences in terms of grandiose self and antisocial aspects, (d) sexual and intimacy differences, and (e) tendency to manifest internal pathology in acting out versus in somatization. Finally, in the assessment, we are interested in historical details of symptoms and prior treatment response that might inform current treatment decisions.

LIMITATIONS OF THE *DSM* SYSTEM

One of the major advancements in the field of personality disorders has been a progression toward reliable assessment of patients with utilization of the criteria in the *DSM* diagnostic system. The *DSM* system enables clinicians and researchers across geographically distant sites to identify and communicate about the same patients at the behavioral level of description. However, there are multiple limitations to the *DSM* system.

Table 5.2
Patient Heterogeneity and Treatment Planning

1. Comborbid Axis II disorders	Comorbid antisocial personality disorder may preclude psychodynamic treatment
2. Symptoms	Structuring the treatment for controlling substance abuse, eating disorders; possible medication treatment for depression
3. Structural differences	Grandiose self and antisocial aspects complicate the treatment
4. Sexual and intimacy differences	Those with some ability to fall in love have better prognosis
5. Acting out and/or somatization	Both need structuring and interpretation

Most relevant to TFP is the fact that the *DSM* system is not adequate for treatment planning, acknowledged by the authors themselves (American Psychiatric Association [APA], 1994).

We highlight here two critical reasons why the *DSM* system is not adequate for treatment planning. First, the comorbidity of the individual personality disorders with each other is so rampant as to question the very conceptualization of 10 *separate* disorders as listed in Axis II. We have discussed this issue in Chapter 1, and the constellation of overlapping Axis II disorders in the individual patient is relevant for treatment planning. Secondly, the same behavior exhibited by two patients may evolve from quite different motivational structures. Therefore, assessment of the patient for treatment planning must involve the motivational or structural system along with the dominant symptoms in the individual.

TREATMENT INDICATIONS

For patients with BPO, one can consider the treatment alternatives of psychoanalysis, transference-focused psychotherapy, and supportive psychotherapy (Kernberg, 1984, p. 165). Psychoanalysis is an appropriate treatment for patients with neurotic personality organization, that is, those with hysterical personality, obsessive-compulsive personality, and depressive masochistic personality. It may also be indicated for those with a mixture of infantile or hysterical features. Those with narcissistic personality disorder, even those with an underlying BPO, may respond to psychoanalysis if overt borderline features of impulsive behavior are absent and the patient demonstrates anxiety tolerance and sublimatory channeling.

TFP, the focus of this book, is indicated for most patients with BPO. Those patients with BPO who have severe chronic self-destructiveness are suitable for TFP if external structure can be provided to control acting out that might otherwise threaten the treatment or the patient's life. Supportive psychotherapy is most useful for those BPO patients who do not meet the more stringent requirements for TFP. More concretely, supportive psychotherapy is indicated if the patient is lacking in motivation for treatment or psychological mindedness. The patient's apparent lack of time, motivation, and psychological mindedness needed for transference-focused psychotherapy can often be best judged by the patient's prior history of engagements in psychotherapy. A history of lack of motivation and adherence to other treatments may indicate supportive psychotherapy. In addition, if the patient's psychopathology is providing a substantial degree of secondary gain currently, the prognosis for TFP is poor. One should also consider the general disorganization of the life circumstances of the patient; if a range of environmental interventions are called for, supportive psychotherapy may be the treatment of choice. A chronic

absence of actual object relations, that is, patients with marked social isolation, may indicate supportive psychotherapy.

ASSESSMENT AT TWO LEVELS

Two domains of patient activity must be assessed in considering and planning psychodynamic treatment for an individual with BPO: symptoms and personality organization. The content of these realms includes nature and severity of suicidal behavior, aggression, superego development, object relations including sexual behavior and capacity for intimacy, and behavior in previous treatments.

At the symptom level, the patient's frequent and repetitive behaviors, especially those that involve interactions with other people, can be described and counted without regard to motivation (e.g., the number of parasuicidal acts in the prior six months). This includes diagnosis at the Axis II level. Finally, at the level of personality structure, the diagnostician considers the motivational dispositions of the patient in reference to both behaviors and traits.

ASSESSMENT AT THE SYMPTOM LEVEL

The *DSM-IV* criteria for the personality disorders are most useful in providing the specific behaviors that are of diagnostic and clinical interest. For example, the *DSM* criterion set for borderline personality disorder (BPD) is composed of nine items that cover hypothesized *cognitive constructs* (i.e., identity diffusion, idealization and devaluation of others, dissociative and/or paranoid ideation under stress), *affective difficulties* (i.e., labile moods and uncontrolled anger), and *impulsive and self-destructive behaviors* (i.e., sexual promiscuity, disturbed eating, alcohol and substance abuse, self-cutting, and suicidal behavior).

Diagnosis on Axis II in the *DSM* tradition is focused on behaviors that can be reliably assessed with semistructured interviews. The information for interview rating must come from the report of the patient, and the accuracy of the data depends on the patient's insightful self-assessment and willingness to report the information thoroughly with the interviewer. There are a number of semistructured interviews that can assist the clinician and the researcher in making the diagnosis of cluster B disorders according to the *DSM* criteria and frequent comorbid conditions. Semistructured interviews such as the Personality Disorder Examination (PDE) and the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* (SCID-II) are useful for this purpose. Not only is this information limited by the issues noted above, but it is also limited to the information asked for in *DSM-IV.* For example, in terms of the antisocial personality

disorder, the information called for is limited to the behavioral aspects that relate closely to criminal behavior. The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991) is more closely related to the constructs of Cleckley (1964) that are relevant to treatment.

An area of particular concern in terms of assessment at the symptom level is the differential between major depression, characterological depression, and BPD. This distinction is crucial in the context of managing suicidal behavior, whether or not in the context of major depression.

Assessment at the Structural/Organizational Level

Because identical behaviors in two individuals can arise from quite diverse motivational structures, and because psychodynamic treatment is focused on the motivational structures that guide repetitive interpersonal behavior, it is clinically useful and theoretically necessary to assess the motivational aspects of behavior along with the actual behavioral repertoire.

As we emphasized in Chapter 1, it is important for treatment planning to distinguish patients according to structural criteria into those with neurotic personality organization (NPO), BPO, and psychotic personality organization (PPO). Within the realm of BPO, one can make a further distinction between low-level and high-level BPO, with the latter having a better prognosis for treatment. A most important area of assessment at the structural level is the assessment of antisocial structure. If the patient is antisocial proper, the patient is not appropriate for TFP.

CLINICAL ASSESSMENT

This section describes the initial clinical assessment as done by the therapist during the first one to three sessions. The goal of the clinical assessment is to provide the therapist with data on the quality of the patient's object relations, predominant transference themes, and difficulties in prior treatments to inform the setting of the treatment contract in subsequent sessions. The BPO patient often wants to "begin therapy" without attention to the preliminary details of history taking and setting of the treatment contract. In fact, many BPD patients come to us in self-defined crisis, asking for immediate attention to details such as refill of medication, a sudden eruption of suicidal ideation that has brought them for help, or a disruption in a previous psychotherapy that has lapsed or gone sour.

Initial History Taking

While respecting the felt need for immediate therapy and change, the therapist indicates that effective help depends on understanding the

background of the problem and a clear agreement between the two participants as to how to proceed.

History taking is similar to that done prior to most dynamic psychotherapies (see Appendix A), with a few exceptions noted here. In addition to a history that provides details about symptoms and symptomatic behavior in historical perspective, one needs a history of interpersonal behavior and quality of relationship with others. Also, most relevant to subsequent articulation of a treatment contract, the clinician must elicit a history of prior treatment attempts with particular attention to the quality of relationship the patient effected with prior therapists and the ways the prior treatments ended. It may be quite useful to call the previous therapists (with the patient's permission) especially around issues of how the treatment was disrupted or discontinued and what the therapist would do differently if another opportunity arose.

The Structural Interview

The structural interview is a method of clinical assessment that focuses on the history of the patient's symptomatology, present and past, self-conception, and the quality of here-and-now interaction between patient and interviewer. By focusing on the patient-interviewer interaction with psychodynamic techniques for clarifying and confronting conflictual issues and defensive operations, it is possible to highlight simultaneously the symptoms of descriptive psychopathology and the underlying personality structure. It is assumed that the interviewer's focus on the patient's main conflicts and the tactful confrontation and interpretation of defenses, identity conflict, and social reality testing, and on affective and cognitive conflicts creates enough tension for the patient's predominant defensive or structural organization of mental functioning to emerge. The structural diagnosis depends in a major way upon how the patient handles clarification, confrontation, and interpretation in the structural interview.

In contrast to the structured or semistructured psychiatric interviews used for research, the structural interview does not follow a totally predetermined order. Although the beginning and end are clear, the ways that the interview develops and the diagnostic elements emerge are less rigidly established, but depend on what emerges in the patient's self-presentation and the diagnostician's response to this presentation. A cyclical process is a significant feature of the structural interview. The concept of anchoring symptoms located on the perimeter of a circle makes it possible for the interviewer, proceeding from one cardinal symptom to the next, to return eventually to the starting point and reinitiate a new cycle of inquiry. This is in contrast to a decision-tree model of inquiry, which has a fixed pattern of progression. Recycling along the anchoring symptoms enables the interviewer to return as

often as necessary to the same issues in different contexts, retesting preliminary findings at later stages of the interview. As will be seen, it is not intended that the anchoring symptoms invariably be explored systematically. Depending on early findings, different approaches to this cycling of inquiry are recommended.

Clinical Illustration

The patient was a 40-year-old female who was being evaluated for TFP. On the SCID-II semistructured interview of Axis II, the patient met criteria for borderline, narcissistic, and antisocial personality disorders, and was subthreshold for obsessive-compulsive and paranoid personality disorders. We use the structural interview material to suggest that the structural characteristics of the patients are more helpful for treatment planning than just the multiple *DSM* Axis II disorders. Data from both SCID-II semistructured research interview and the clinical structural interview are consistent, but the latter provides a more clinically informative assessment of personality structure.

In this first part of the structural interview, the interviewer gathers information on the patient's current symptomatology, including reasons for suicidal behavior.

THERAPIST: At this point, I know nothing about you, but I have the following questions in mind. What brought you here to the hospital? What's the nature of your difficulties? What do you expect from treatment?

PATIENT: Okay, I'll start from the beginning. What brought me here. An overdose, I think it was about three months ago, an overdose, of my prescription drugs. It's mainly Klonopin (clonazepam) and Depacote and then I had gone back and taken some other things. *[The patient used prescribed medication for suicidal purposes, indicating perversity in the transference, i.e., recruitment of concerned help at the service of aggression.]* I don't remember what they were, uh, cause this is a while after I had already taken some drugs, so I was kinda woozy at that point. I also cut myself at that time, uhm, and it wasn't an attempt, I wanted to die at that time. *[Severe self-mutilating tendencies, i.e., more self-destructiveness]* Uhm, I had planned it so that my boyfriend—I live with my boyfriend—that he would not be home and I did not put a call into anybody, and he wound up coming home an hour and a half early, and he called the paramedics and I went to the hospital that was nearby and I was on a respirator for about two days. And I was in intensive care for about five days and went to a medical unit there because I didn't want to go to the psychiatric unit in that hospital because I had already been there about three years ago. I was looking for another hospital to go to that was not going to be just a hospital where they would just regulate my meds. *[She wants help.]* I wanted to get further help, and my family was investigating different

hospitals. . . . Not being able to get in touch with family members and the staff not really responding to me and all *[but projects her self-destructiveness on others, who are to blame for her not being helped]*, I just took a dive and I was looking for something to do, and I tried to hang myself *[more suicidal behavior]* while I was in there, but it didn't work. Then, I got out the next morning. My meds were regulated, and I was under the direction of a psychiatrist that I was seeing on the outside. Uhm, then, I was telling my family that I knew of this place. They looked into it more, and then I came here and started the program. And at first I absolutely hated it because of the rules and the regulations, and uhm, I was really angry. *[She transforms those who are supposed to help her into enemies, and is angry with rules rather than concerned about herself.]* I was angry to start out with and then I was even angrier because of the rules. And I took it out a lot on the staff, and uhm, it's just coming out now, my depression is just coming out now, I hadn't felt depressed since I tried to commit suicide about three months ago, and now within the last week or so I'm starting to feel depressed again *[she gets depressed while under the care of people who try to help: one point of her obviously cannot tolerate being helped]*, and, uhm, but I've been working the program and realizing after a while that the reasons for the rules here . . . and why they are as strict as they are, and . . . I'm realizing that with my diagnoses and all, I need structure and I need somebody to kick my butt, so to speak. *[She needs to be kicked.]* And, at times I still hate the feedback that I get, I don't want to hear it, and I still get angry, but then I try and look at it. I try and look at it as to why I got the feedback that I got, and then a good part of it makes sense to me.

THERAPIST: Other than this episode to kill yourself, have you had any other symptoms? *[The therapist tries to obtain information regarding other symptoms before exploring her personality further.]*

PATIENT: There were two other suicide attempts prior to this one, which were in the last three or four years. And it was also with overdose. I have a history of cutting. The first time was when I was 15, and then from 15 I stopped doing it. I started doing it again when I was probably in my early 30s *[more suicidal attempts and long-standing self-cutting].*

THERAPIST: Cutting yourself where?

PATIENT: Just my arm.

THERAPIST: I noticed, these are scars from cutting? *[The self-cutting is severe.]*

PATIENT: Uh huh.

THERAPIST: So you've been doing this since age 15 approximately. How old are you now?

PATIENT: 40.

THERAPIST: Other symptoms or difficulties or problems?

PATIENT: Uhm, times when I would get very upset, but it may have been a panic attack or whatever, cutting myself, head banging, hitting myself, uhm . . . *[more self-mutilating behavior]*

THERAPIST: Hitting yourself how?

PATIENT: Hitting myself with my fist in my face. Uh, actually giving myself a black eye. Uh, totally isolating myself from people. Uhm, also with an eating disorder, not eating at all, or eating very small amounts of food. Just made me feel better. *[She also presented with anorexia nervosa.]*

THERAPIST: With weight loss?

PATIENT: With weight loss and just feeling lighter.

THERAPIST: How much weight do you lose?

PATIENT: I went down to 90 pounds. *[significant weight loss]*

THERAPIST: Any other symptoms other than what you've told me so far?

PATIENT: Yeah, there's probably a million. Uhmmm (sighs), not being totally honest in relationships. *[She is dishonest in relationships.]*

THERAPIST: What do you mean by that?

PATIENT: The boyfriend I'm living with now, I, uh, was seeing somebody else. It was a woman that I was seeing and this is back at the end of January. I met her, I went out of state down south, I was planning on moving down there, but that whole thing fell apart. Uhm, I still don't know, I was engaged to him, broke off the engagement. We're still living together, at this point the relationship is still there, but I don't know how solid it is. *[A chaotic relationship: She was seeing a woman, and it is not clear how strong her homosexual and heterosexual feelings are. Is she trying to salvage or to destroy the relationship with her boyfriend? Probably attempting to destroy it, given the flavor of her communications, so far.]* But we're working on it. As much as I can work on a relationship being in the hospital, but he comes for family group.

THERAPIST: Now, you said, I didn't quite follow, you said you were not completely straight with him or . . . *[The therapist focuses on her dishonesty with the boyfriend.]*

PATIENT: He didn't know about the woman. He suspected something was going on, he asked me first if there was something to do with a man and I said no, he said was there something to do with a woman, I said no, because there was some in my past but they all, I don't know how many years ago, 6 or 8 years ago I was involved with a woman which he had known about. *[She had denied to him her relationship with a woman, and she had already been involved with another woman, of which her boyfriend had been aware.]*

THERAPIST: How long have you been living with him?

PATIENT: Uhm, it will be two years this month.

THERAPIST: Do you love him?

PATIENT: Yeah, I don't know if I'm in love with him. *[She does not know whether she loves him.]*

THERAPIST: What's the difference, can you explain?

PATIENT: I've been in love before, it's a different kind of feeling. *[She has been in love in the past, an important information indicating at least some capacity for object investment.]* I don't know if I'm just with him because of him taking care of me. *[Is she just exploiting him?]*

THERAPIST: And what about your feelings for this woman? Were you in love with her?

PATIENT: I thought I was. *[She thought she loved this woman; is her orientation predominantly homosexual?]*

THERAPIST: You thought or you were?

PATIENT: At the time I thought I was. Now I don't know, maybe it was just an escape.

THERAPIST: So were you considering dropping the relationship with him to stay with her?

PATIENT: Yeah, but it wasn't just with her, the last 4 or 5 years I've been looking to move out of this area and there are other people that I knew that lived in the South, I was looking for another job opportunity down there. And I met some other people down there.

THERAPIST: So have you been involved with a number of men or women? *[The therapist is exploring sexual promiscuity.]*

PATIENT: Just two women. *[Again, strong homosexual leanings.]*

THERAPIST: With two women. Other than your friends. So you weren't with these three people at the same time?

PATIENT: No, the other woman was years ago. This was after I was married about 10 or 11 years ago. This was right after I was married, after I was divorced. *[She was married and divorced, and long-standingly bisexual.]*

THERAPIST: And has it been a problem to know whether you're more interested in men or in women?

PATIENT: No, it's more men. *[But she says she is more interested in men! Chaotic sexual relations, and is this mostly a masochistic destructiveness of heterosexual relations?]*

THERAPIST: And, other than what you've told me so far, any other difficulties, symptoms, physical, mental, emotional?

PATIENT: Headaches, constantly, every single day, since I was about 12. Uhm, I always have problems with my stomach, uhm, I had an ulcer once. Uhm, I always had some kind of gastrointestinal kind of problems. I think it's probably because I don't let anything out. I just keep everything in. *[The therapist returns once more to complete the screening for symptoms. She somatizes.]*

THERAPIST: What do you mean?

PATIENT: My emotions. I can keep up a really good front.

THERAPIST: Keep up a good front as opposed to what?

PATIENT: As opposed to really letting my emotions out, and letting people know how I feel. I mean I can let people know how I feel if I'm angry or uhm . . . but not if it means being vulnerable. *[She can let people know about angry feelings, but presumably not positive ones.]*

THERAPIST: What kinds of emotions make one vulnerable?

PATIENT: That's a good question. Uhm . . . Not feeling good about myself. Not wanting to admit it. Uhm . . . *[She hides bad feelings about herself.]*

THERAPIST: In this connection, why do you want to kill yourself?

PATIENT: I'm not liking myself at all. I'm just also feeling like I'm trying a lot in life, I'm putting a lot of effort into things and nothing working out and just, uh, giving up. And being really depressed and being tired of being depressed, being tired of the depression lifting and then the depression coming back again and then trying to fight that, change of drugs constantly and then I just . . . *[It is not clear if the suicidal behavior is commensurate with the severity of depressive feelings.]*

THERAPIST: What do you call depression? What happens? What do you feel?

PATIENT: Uhm, I can't function very well, I feel, I isolate, uhm, cry all the time, uhm . . . sleep a lot . . . *[The therapist explores her depression to differentiate depressive suicidal urges from characterological suicide without depression.]*

THERAPIST: And how's your mood?

PATIENT: It's horrible, I don't wanna . . .

THERAPIST: (Interrupts) It's bad; is it sad or irritable, angry?

PATIENT: (Continues) real irritable. It's not so much angry. Just very irritable, I don't want anybody around me, I don't want to be bothered with anybody. *[The mood is irritable rather than depressed.]*

THERAPIST: Now, why did you want to kill yourself just at that time?

PATIENT: Uh, it had something to do with the woman I was involved with because, uh, then before that, things—let me just go back a second. Before that, my relationship with my boyfriend was not going well. We were having financial problems, I had started my own public relations firm which I was having a hard time getting off the ground, uhm . . . *[She has some capacity to do complex work that rewards initiative.]* He was working a lot so we weren't communicating at all, we didn't really see each other, I wasn't too sure if we wanted the same things out of life. He has a different kind of personality than I do, he's much more, uh, straightlaced. He's a lawyer and he's, he does everything by the book. Uhm, which got under my skin a bit. And I was questioning as to whether I could live the rest of my life with somebody like that. (Sighs) Uhm . . . so with things, there was a lot of pressure between him and I, uhm *[she was unsure whether she really loved him]*, there were things going

on in my family which are always going on, my family, my sister being married to a man that physically abuses her, she has a niece that, I have a niece that I care a lot about that's in that household, that's, uh you know, subjected to that.

THERAPIST: Subjected to what?

PATIENT: Seeing the parents hit each other, and she goes and hides in her room. Uhm, my parents have never physically abused each other, just verbally abused each other, they're divorced now for about seven years, so I grew up with a little bit of that, too. *[She seems to identify with a niece whose parents (sister and brother-in-law) constantly fight, and brother-in-law abuses the niece. She had a similar experience—her now-divorced parents abusing each other and not caring for her.]* So when I met this woman we hit it off, and then I went down south and spent time with her and everything was going very well, we had a lot in common, and uhm, I was supposed to stay there for 10 days and it turned out to be three weeks, and I really didn't care about my boyfriend's feelings at the time. *[She left the boyfriend for that woman without caring for his feelings; severe pathology of object relations, with limited capacity to invest in others.]*

THERAPIST: And you felt in love with her.

PATIENT: Uhm, I didn't care about his feelings.

THERAPIST: So why did you try to kill yourself? *[The therapist returns to his diagnostic concern regarding the suicidal potential.]*

PATIENT: Cause when I came back up here . . .

THERAPIST: (Interrupts) Why did you come back up here?

PATIENT: I had to come back up here to take care of things. I had things related to work that I had to take care of cause I also do freelance photography, I had a lot of jobs that were coming up and I had to take care of those. *[She is chaotic in work, too.]* And (sighs) so I came back up with all intentions of either her coming here in a few weeks or my going back down there. But her whole attitude changed after probably the third week, that she didn't want anything to do with me and, uhm, she didn't want to talk to me, she wouldn't return my phone calls, and I still to this day have no idea what happened. *[The woman friend abandoned her suddenly. She has no idea about why, that is, only a nebulous appreciation of this woman with whom, supposedly, she was in love. Did she provoke this rejection?]* Haven't spoken to her, so there's no closure on that relationship at all. And I came back here with her rejecting me like that, and being rejected by her and all the other things I had to deal with, I felt all alone, my car was stolen like right after I got home, after putting money into it for repairs. *[The car was stolen after returning to the boyfriend, and after expensive repairs.]* So I felt dependent on my boyfriend then for dropping him off at the train station in the morning, and then using his car for what I had to

do, and then picking him up, but it just seemed like a whole bunch of things all at once.

THERAPIST: Is any of that enough to want to take your life? *[The therapist concludes that this was a characterological, impulsive suicidal behavior.]*

PATIENT: I felt it at the time, yeah.

THERAPIST: Do you still think that way?

PATIENT: No.

THERAPIST: Why did you think it that time?

PATIENT: Because there was just this void, there was a void that I had at the time, this internal pain that I had, that I felt between what was going on with her, and with my boyfriend, and uhm, feeling really bad about myself.

THERAPIST: Why bad about yourself?

PATIENT: Because I wasn't able to get anything going with my business, I wasn't able to get out of bed in the morning, I was just crying all the time. *[The patient refers to more depressive symptoms.]*

THERAPIST: (Interrupts) Crying over what?

PATIENT: Crying over the relationship with this woman, just crying, just crying.

THERAPIST: And how long did this go on that you were crying?

PATIENT: Weeks. I would miss appointments with my therapist, so I wouldn't go see her.

THERAPIST: And you were crying about what, missing her?

PATIENT: Missing her, it wasn't just her, it was just feeling this pain that I felt, this pain that I had felt my entire life. It's just feeling this pain in my gut. *[She was depressed over the rejection by this woman, crying for weeks.]*

THERAPIST: Pain over what exactly? It's still not clear to me.

PATIENT: It's almost like a big void, or, or I could say there's almost a pain of like there's some kind of, to be related in like a childlike manner, that there's this big monster that's eating me up inside and that it's never gonna go away. *[She has a monster eating her inside—sounds vague and detracts from the concreteness of depressed feelings.]*

THERAPIST: And you had this every day for weeks?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: Were there times when you would be feeling better and other times worse?

PATIENT: No, I wasn't crying 24 hours a day.

THERAPIST: Were you working at the same time?

PATIENT: Trying to. Working from home and it was—my car was stolen, but as I said, I dropped my boyfriend off at the train station 'cause he works in the city.

THERAPIST: So you were functioning at the same time. But the decision to kill yourself came suddenly or over a period of weeks or days? *[The therapist continues evaluating the relationship between suicide and depression, obviously not yet sure of his diagnosis.]*

PATIENT: Well, as I was getting more and more depressed, two days before I took the overdose I said to my boyfriend I don't know how much longer I can go on living, and he was somewhat overwhelmed by things that were going on at that time, I don't know whether he took me seriously or not. And he used to check my medication all the time to see what was in it because he knew what I was capable of doing. He told me the day I overdosed to call him at 2 o'clock cause he was concerned about me. I called him at a quarter to 2, he was in a meeting at work, and I just said forget it, I don't feel like waiting to call him back, and I think a little while later I took the overdose.

THERAPIST: If he had called you back, you wouldn't have done that?

PATIENT: No, I probably still would have.

THERAPIST: And this pain, did it affect you physically, your physical functioning, did it affect your appetite in anyway?

PATIENT: Yeah, I didn't have an appetite, I was losing weight.

THERAPIST: Did you lose weight?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: How much?

PATIENT: I don't know, I never weigh myself.

THERAPIST: Did it affect your sleep?

PATIENT: Yeah. I wasn't sleeping.

THERAPIST: How many hours were you sleeping a night?

PATIENT: I was sleeping a lot during the day, but waking up going back to sleep, nights I would get up, walk around a lot, go and try to get back to sleep.

THERAPIST: Did it affect your menstrual period?

PATIENT: Yeah, my menstrual period has not been right for a long time.

THERAPIST: But not specifically during this time, around those weeks when you were . . .

PATIENT: I can't say that it was right around those weeks, because it had been affected before that.

THERAPIST: Did it affect your sexual feelings?

PATIENT: Yeah, I didn't have any.

THERAPIST: During those weeks?

PATIENT: Right.

THERAPIST: And you said twice before you tried to take your life. Did you have the same symptoms during that time?

PATIENT: Hmmm, but I lived by myself at that time. *[The therapist has reached his conclusion about suicide and depression, most likely that it was a*

characterological type of suicide because of the inconsistency of the depressive symptoms.]

The interview now shifts to another focus of the structural interview, with the interviewer asking the patient to describe important people in her life and her own conception of herself. These descriptions of self and others will provide information on her ability to formulate a coherent sense of self and other and the nature of the connections.

THERAPIST: Can you describe your girlfriend's personality to me? *[The therapist is evaluating identity integration or diffusion by exploring the degree of integration of the representations of significant others.]*

PATIENT: Very outgoing, very intelligent, uhm . . . I thought honest and open because she said that she had told me things that she had never told anybody else before. Uhm, but yet now that I look back on it, she wasn't really that honest and open to other people, she had previous girlfriends that hadn't spoken to her after she had broken up the relationship with them, hadn't spoken to her for a year or so, and at the time I didn't think anything of it. *[Contradictory picture of her girlfriend.]* Now that I look back on it, there must have been a reason, 'cause she must have hurt them very badly in some way or another. 'Cause why else would they not speak to her for a year or so?

THERAPIST: Can you describe her personality to me so I get a live picture of her? *[The therapist focuses further on the girlfriend's personality.]*

PATIENT: She's very outgoing, very sociable, uhm . . . fun to be with, interested in the arts . . . also interested in reading, interested in traveling, a wide variety of interests like I have. She seemed like a very caring person.

THERAPIST: A very caring person?

PATIENT: Caring person.

THERAPIST: How does it fit with her disappearing from one day to the next? *[The description is clearly contradictory, and the therapist is confronting the patient with this contradiction.]*

PATIENT: It baffles me. I don't know.

THERAPIST: And introspectively you can't put it together?

PATIENT: I'm still trying to put it together.

THERAPIST: And can you describe the personality of your boyfriend? What is his first name? *[The therapist is testing identity diffusion once more.]*

PATIENT: Henry.

THERAPIST: Henry. You've been living with him for two years and a half?

PATIENT: Almost two years.

THERAPIST: Can you describe him to me so I get a feeling for what makes him different?

PATIENT: He's very different from me. He's very rigid, my nickname for him is Boy Scout. Uhm, he's very rigid, always follows the rules, uh, he's also a very caring, he shows like a very caring, kind person. Puts himself out for other people. Sometimes too much . . . he's very responsible when it comes to work. Overall responsible. No, he's not overall responsible. I'd say mostly responsible. Financially responsible, which is when I first met him and we were only seeing each other for two months, we decided to move in with one another and I was living on my own for about 10 years. I was kind of hesitant on doing that, but I said okay, because I thought he was a nice guy, I mean he's a little different from others that I had dated because others that I had dated were a little . . . more, well not as grounded as him. I thought it was about time that I had somebody in my life that's grounded. And, uhm . . .

THERAPIST: (Interrupts) What do you mean by grounded?

PATIENT: Stable. Other people were just here and there and they were a lot of artistic types that just didn't have a sense of direction, and he has a real sense of direction in his life. And, uh, I thought that I needed that, that it would somewhat balance me out. So we moved in after knowing each other for two months, worked out great for a long time, and then it seemed like I, when work-wise things weren't going well with me, and then things were getting financially with us because of me not working and then him paying my medical bills and he has a good income, and I wasn't feeling good about him paying my bills, I mean, I became dependent on him that way, and I felt like crap. And then I picked on little insignificant things about him being a slob around the house and other things, and him not taking care of certain things that he said he would take care of.

THERAPIST: But didn't you say he was very responsible? *[The therapist points to contradictions in the description of her boyfriend.]*

PATIENT: He was responsible when it comes to work. Very responsible when it comes to work. When it comes to the household things and taking care of that stuff, he's not.

THERAPIST: Can you give me an example?

PATIENT: He lived as a bachelor before he met me, so he was a slob. An absolute slob. And I resent . . .

THERAPIST: (Interrupts) How did that show, for example?

PATIENT: There would be a garbage pail here and his garbage here, he wouldn't put it in. He wouldn't pick up after himself. Uhm, I would request that he do something several times and he wouldn't do it, something like his chore to take care of in the household and, he didn't, and there were things that he knew that if, if uhm . . . he left them not taken

care of that it would, that I would really get irritated. He's kind of passive-aggressive in a way. And he would do them on purpose to get me upset. *[A completely different picture emerges now. Is this the same rigid, caring, responsible man who puts himself out for others?]*

THERAPIST: Why would he want to get you upset?

PATIENT: Uhm, because he was probably upset himself about, or he didn't want to tell me that he was angry at me because he felt like if he told me that he was angry at me, that I may do something like try to kill myself, and I told him I didn't think I was that unstable. *[He didn't dare to be open with her because he feared she might kill herself. That shows concern, but is contradictory to his trying to get her upset.]* And at times, he was always on my back or following me around the house or, you know, see what I'm doing, or, checking my arms to see if I cut myself, and I found it really annoying. *[He was very concerned!]*

THERAPIST: Why would he check your arms all the time?

PATIENT: Because I have a cutting history, he's seen me cut myself.

THERAPIST: And he was concerned about it?

PATIENT: Hmm.

THERAPIST: And you were bothered by that? *[She cannot tolerate his concern for her and seems to be unaware of her sadism in terrorizing him with implicit threats of suicidal behavior.]*

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: It wouldn't have indicated concern on his part for you? *[The therapist confronts her with the boyfriend's concern.]*

PATIENT: Of course that does, but when I'm feeling like that I just feel like it's my body and if that's what I want to do with it, then that's what I want to do with it. Just like if he wants to grow a mustache, he can grow a mustache. I know it doesn't make sense; it's not logical, but . . . *[She reveals her omnipotence in dealing unrealistically with her body: egosyntonic, self-mutilating tendency, reinforcing the characterological basis of her suicidal behavior.]*

THERAPIST: What is not logical?

PATIENT: My saying if he wants to grow a mustache and that's what he wants to do with his body, and if I want to cut up my arm, I'll cut up my arm.

THERAPIST: Why is that not logical?

PATIENT: Because it's not logical. It's not logical to mutilate my body. *[She realizes that self-mutilation is not logical. Is this a seductive effort to have the therapist plead against self-mutilation, thus projecting her responsibility for herself onto him?]*

THERAPIST: Why not?

PATIENT: These are really simple questions, but they're not simple questions.

THERAPIST: Hm, hmm.

PATIENT: (Big sigh)

THERAPIST: Well, you have described your girlfriend and Henry. How would you describe yourself as a person? What makes you different from everybody else? *[The therapist continues exploring identity diffusion; at this point, the degree of integration of her self-representation.]*

PATIENT: (Long pause) Let me just think on this a second. (Long pause) There's a lot of times I think I'm capable of doing just about anything. Uhm, I like to take a lot of risks in doing things, no matter what it is. It's not that I, if somebody dared me to do something or I'd take somebody up on a dare, it's I like to try different things, uhm, let's just say if I compared myself to Henry, Henry doesn't like to try new things so there's almost my pulling him into trying to do different things, whether it's eating a new type of food or trying a new type of activity. Uhm, my girlfriend had fears, she had a fear of flying, and so does Henry, they have a fear of flying, and I just look at it as, well, if the plane crashes, the plane crashes. Uhm . . .

THERAPIST: So, are you saying that you're not afraid of anything, is that what . . .

PATIENT: (Interrupts) No, I'm afraid of heights. *[She contradicts herself, after just having stressed her fearlessness.]* I admit that. I don't like going up tall buildings and looking over the side. Although I'm not as bad as I used to be. I used to be really terrified of heights. I try and test myself a lot and see if I could push myself more and what I generally do is take on too much. I take on more than I'm capable of doing and I think I'm capable of doing it all. And then it turns into a whole thing, the whole thing again where I just wind up feeling like crap about myself because then I realize that I wasn't capable of doing it. *[She again expresses contradictory feelings of power and impotence.]*

THERAPIST: So, going back once more to the question, how would you describe your personality so I get a live picture of you? *[The therapist focuses once more on her personality.]*

PATIENT: I think for the most part people like me, I'm fun, this is when I'm not depressed. Uh, I like learning new things, constantly trying to, like I've read a lot of books when I knew that I was borderline years ago. Uhm, so when I find out something about myself, I'll read a lot of books on it, just to learn more about myself *[she has read a lot about herself, but gives very little evidence of self-knowledge]*, or if I want to learn more about something, I'll pick up as much material as I can about it. Uhm, but at the same time, it took me a long time to finish college because in the beginning I just rejected it, I didn't want to do it, but then finally when I decided I wanted to finish it, then that's all I focused on.

THERAPIST: So you've graduated from college? What degree do you have?

PATIENT: I have a BA in anthropology and sociology. *[She is a well-educated person, obviously of above-average intelligence.]*

THERAPIST: And what work have you done with that?

PATIENT: I've, nothing, actually. *[She has been unable to apply her education to consistent work.]* Well, I worked at a museum, uhm, but I didn't really do anything in the anthropology department. Uh, was, and I have also a background in theater and the arts and all, which I've done a lot of work in.

THERAPIST: You studied theater, or . . .

PATIENT: Yeah, I've studied theater, I taught theater also. *[She shows a dispersal of her interests and investment in work.]*

THERAPIST: Do you have a degree in theater?

PATIENT: No. I started out working, uhm, uh, in, in uhm, fine arts and I changed it. This was when I first went to school. But then, where my interests really lied were in, in creative field and then I got into working with psychology also and combining the two *[more dispersal of investments]*, and working with, uh, mental patients teaching them, working with improvisational theater, uhm, also doing teaching acting to at-risk adolescents, I started a theater company, uhm *[She identified with therapeutic functions while being totally unreflective about her antitherapeutic commitment as far as she herself was concerned.]*, and I've also done some fund-raising with my photography, so I take on some big projects *[More dispersal of interests and investment]*, and I knew nothing about how to do this stuff because I never did it before, but I just do it.

THERAPIST: Which stuff?

PATIENT: All the different things that I just said to you. Because I had never taught acting before. I became, I was in my acting classes when I was being taught acting.

THERAPIST: So, have you changed your professional commitments much during recent years, going from one thing to another?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: Have you any more stable activities in any particular area in recent years? *[The therapist looks for some area of stability in work.]*

PATIENT: Yes, it's mainly been in the creative field.

THERAPIST: Doing what?

PATIENT: Working at the museum, I worked as director . . .

THERAPIST: (Interrupts) And what did you do at that museum?

PATIENT: Director of special events there.

THERAPIST: And how long did you work there?

PATIENT: Three or four months.

THERAPIST: What's the longest you've done?

PATIENT: At a job—about two, two and a half years.

THERAPIST: So, you're conveying the impression that you have been shifting a lot.

PATIENT: Yup.
THERAPIST: And, uh, is that a problem, or not really?
PATIENT: Big problem.
THERAPIST: Well, how do you explain that shifting in your work all the time? *[The therapist confronts her with instability at work.]*
PATIENT: I don't know . . . I don't know whether I get—well, a couple of times the companies folded up. But that wasn't all the time. Either I get bored, feel like I'm not getting paid enough . . .
THERAPIST: You get bored easily? *[The therapist is evaluating narcissistic character traits. Does she evince frequent cycles of idealization/devaluation?]*
PATIENT: Yeah.
THERAPIST: Get enthusiastic about something and then it loses interest?
PATIENT: Yeah.
THERAPIST: Is that the same thing with Henry your boyfriend or not really?
PATIENT: Uh, to some extent, but prior to being involved with him I was, I was involved with somebody else for about two to three years that was married, which was putting me in a dead-end situation again. *[Another bad relationship before the present one]*

The patient goes on to describe a previous marriage of one year to an alcoholic, preceded by a period of four years in which they lived together.

THERAPIST: So what happened with your boyfriend, and why did that cool over, because he was a slob?
PATIENT: No, it wasn't because he was a slob (sighs).
THERAPIST: So why did you lose your interest in him?
PATIENT: I don't know if I have. I'm really confused about whether I have or not. I just saw him last night, he was here last night.
THERAPIST: So, are you planning to continue the relationship?
PATIENT: Yeah.
THERAPIST: Are you planning to get married?
PATIENT: Well, the ring is still there, it's not on my finger, but the ring is still there.
THERAPIST: I'm asking what your feeling is?
PATIENT: I don't know what I'm feeling right now. *[She doesn't know what she feels about her boyfriend.]*
THERAPIST: What do you have in common with him? So far, you've told me he's very rigid and he's a slob and that it bothers you when he tries to take over and check whether you've cut yourself. I don't have any sense of what you have in common. Is there anything you enjoy jointly?
PATIENT: Yeah, well, we enjoy, we enjoy, uhm . . . *[She doesn't enjoy anything!]* he enjoys the arts, uhm, he enjoys sports, uhm, some things that bothered me about him also is that he was a cyclist when I met him and, uhm, he had given that up when I met him and I didn't want him to give

up anything cause there are other interests that I had and he gave that up and . . . with him giving that stuff up and he had no friends, so like I just felt there was more pressure on me to be around him more, and less, I felt guilty about going out with my friends and then my friends were becoming his friends and I wanted there to be more of a separation there.

THERAPIST: I still don't have a clear sense of what you have in common.

PATIENT: For a while, not in the very beginning, but a little while after that, sex was good with him, but then I was getting almost repulsed with the sexual relationship. *[She seems, at least, to have been able to enjoy some sexual involvement.]*

THERAPIST: Why were you getting repulsed?

PATIENT: Because he didn't have as much experience as I did, and there were certain things that I taught him about and then it was almost like that's all he wanted, and then I started to feel like I was a piece of meat. And that's all he wanted at the time which was like I just wasn't interested. *[She first criticized him because he was too inhibited, and then because he was too eager! The self-destructive behavior covers sexual relations as well.]*

THERAPIST: Well, well, you felt he was like a piece of meat?

PATIENT: No, that I felt that I was a piece of meat.

THERAPIST: You, why did you feel that?

PATIENT: Because the way he would approach me or whatever and then he was always, uhm, looking at, I didn't really care, but when it became an obsessive thing with him with him constantly looking at *Playboy* magazines and all, I knew that, when he was taking a magazine, he, he was going into another room to masturbate and just like fine, go, you know that's what he wants to do, he can do it.

THERAPIST: Well, why would he go to masturbate . . .

PATIENT: (Interrupts) Because I wouldn't have sex with him. And it was a way of him releasing stress. *[He masturbated because she refused to have sex with him, and she resented that, too. He couldn't win!]*

THERAPIST: So you refused to have sex with him. How long did you not have sex?

PATIENT: I hadn't had a sex drive, so it wasn't that I was cutting him off.

THERAPIST: You didn't have a sex drive for how long?

PATIENT: Long time.

THERAPIST: A year, two years, all the time? Throughout the relationship?

PATIENT: I don't know, it was just sometimes I did and sometimes I didn't. The medication and then the doctor, and then my psychiatrist prescribed something else for me that would take that side effect away, some kind of antihistamine or something, and then I'd fall asleep in five minutes. Uhm.

THERAPIST: So you didn't have sex for months—fair statement?

PATIENT: Sometimes.

THERAPIST: Now, was the sexual relationship with your girlfriend more satisfactory?
PATIENT: Yeah, because it was something new.
THERAPIST: And was that what was exciting more than the emotional relationship with her?
PATIENT: Uhhmm, I can't say definitely for sure.
THERAPIST: And, in general, do you find sexual relations with women more exciting than with men?
PATIENT: No, not necessarily.
THERAPIST: No—equally exciting. (Pause) So, for some weeks the relationship with your girlfriend seemed fine. *[She seems to enjoy sex with women as well, or as little, as with men.]*
PATIENT: Uh huh.
THERAPIST: And then all of a sudden she dropped you from one day to the next?
PATIENT: Yup.
THERAPIST: You don't know why?
PATIENT: I have no idea why.
THERAPIST: You said you were in psychological treatment.
PATIENT: I've been in therapy for about 11 years.
THERAPIST: Have you learned anything about that, or not really? *[The therapist explores her capacity for emotional insight. He seems to have reached a conclusion regarding her characterological structure, and now evaluates if she has any capacity for an exploratory psychotherapy.]*
PATIENT: About the cutting?
THERAPIST: Yeah.
PATIENT: A little bit. More so in the last few years.
THERAPIST: What have you learned about it?
PATIENT: (Sighs) About the reason that I do it is for release, and uh release of pain. It's because, it's because I don't feel pain when I do it.
THERAPIST: Pain about what?
PATIENT: Emotional pain.
THERAPIST: And emotional pain about what?
PATIENT: Emotional pain about . . . feeling crappy about myself for almost my entire life.
THERAPIST: Crappy about what?
PATIENT: About my self-esteem I guess you could say, or not feeling like I'm living up to whatever level, whatever potential I should be living up to, uhm, maybe I set my sights too high. *[She has no inkling about her severe sadomasochistic tendencies and gives a conventional, superficial response. She doesn't sound like anybody who has been in an exploratory psychotherapy.]*
THERAPIST: Well, what are your sights?
PATIENT: I don't know.

THERAPIST: Well, you said you set them too high, so?

PATIENT: In certain circumstances, I reach them, or, or, or go past them, and at other times, I don't, like finishing school, it took me so long to finish school and I didn't, I really didn't understand why. Why I couldn't just focus in and do it, until I finally did it, and then when I did focus in on doing it, I felt very satisfied and very fulfilled. The thoughts of suicide, the thoughts of cutting myself, any of those thoughts didn't go through my mind at all.

THERAPIST: When did you finish school—when was that?

PATIENT: It was probably two years ago.

THERAPIST: Two years ago? *[She finished school only two years ago, at age 38.]*

She goes on to describe a relationship in the past three years' duration with a married man. She could be totally vulnerable with him, which is very hard for her to do. Whereas he was willing to leave his wife for her, she ended the relationship because she did not want it to go further. The interviewer then returned to the present relationship with the current boyfriend.

THERAPIST: I still don't quite understand what ruined the sexual relationship between you and Henry. *[The therapist is again exploring whether narcissistic devaluation or masochistic self-destructiveness ruined her sexual life with Henry.]*

PATIENT: I don't know.

THERAPIST: Has that been, has that happened with other relationships as well? With men, that after a period of time you get disgusted with them or you feel that they're treating you only as a piece of meat, and you hate sex therefore?

PATIENT: No.

THERAPIST: So what, so why did that fall apart? I know it's still going on but apparently . . .

PATIENT: There's this almost, this (pause) disgusted feeling I get with him sometimes when he comes near me.

THERAPIST: Now, you've been in psychotherapy for years, you told me. You don't sound like somebody who has been in psychotherapy for years.

PATIENT: (Interrupts) A lot of the time I can't descr—— . . .

THERAPIST: (Continues) and, uh, and, I, I don't get any sense that you have any thoughts about what your feelings are about and why you have to cut yourself and why that's a relief. I understand that it gives you a relief and it doesn't hurt, it feels good, I understand that. What makes you to have to do that? *[The therapist confronts her with her total blindness about her motivations.]*

PATIENT: Because that's what I do, I cut myself off from, that's one of my biggest problems is cutting myself off from my feelings.

THERAPIST: And what is the kind of feelings you cut yourself off from? Have you learned anything about that in your psychotherapy?

PATIENT: My feelings of sadness.

THERAPIST: Sadness over what?

PATIENT: (Sighs) Feelings of sadness of . . . my childhood feelings of being really lonely, uhm, feeling, the fear of being abandoned *[The patient gives cliché responses about her past.]*, uhm, the feeling of being unloved . . . I don't know what else to say.

THERAPIST: You say the fear of being abandoned and the fear of being unloved, but then it's Henry who is concerned for you and you hate it. *[The therapist confronts her with the irrelevance of her statement to the reality of her relationship with Henry. The therapist is now evaluating her capacity for introspection.]*

PATIENT: I know it doesn't make sense.

THERAPIST: So how do you put these two things together?

PATIENT: Fear of intimacy?

THERAPIST: What's the risk, and when you say fear of intimacy, does it mean that you really think that there really hasn't been any intimate relation between you and anybody else of the various men or women you've been involved with?

PATIENT: There was with my ex-husband.

THERAPIST: Yes, yes.

PATIENT: Perhaps that's because when I first met him I was 19 years old and then when we split up I was 28, it's the longest, it's a long, you know, time that we spent together. And then when I was with the married man, Fred, I didn't have to have, I was very, our relationship was very intimate but it was also safe for me because he was married *[This is a narcissistic defense against dependency.]*, so I didn't really have the fear of him leaving me or, I could just easily leave him. And I don't really have the fear of Henry leaving me, I feel very secure in him not leaving me because he's been there, he's been very supportive.

THERAPIST: And because you don't care for him.

PATIENT: No, I do care for him. Actually I'm really confused about how I, uh, what I feel for him.

THERAPIST: You're not conveying, I mean you're disgusted sexually with him, he's a slob, I don't see much of your . . .

PATIENT: (Interrupts) There are times that I feel a great amount of warmth for him and a great . . . amount of . . . this isn't really love, of empathy for him. *[Challenged, the patient admits that she cares for Henry.]*

THERAPIST: What was the work he was doing you said?

PATIENT: He's a lawyer.

THERAPIST: A lawyer. You said you have money problems. Is what he's earning not enough for the two of you?

PATIENT: No, it's because he wound up starting to pay my medical bills that I had in the past.

THERAPIST: And so he's been very responsible in taking care of you. Have you been responsible with money? *[The therapist is evaluating antisocial tendencies. He has concluded that she presents strong narcissistic, sadomasochistic, and paranoid features and egosyntonic self-aggressive behavior, and the presence of antisocial features would confirm a syndrome of malignant narcissism. The severity of the identity diffusion, including the lack of integration of the self-concept in a narcissistic personality, indicates overt borderline functioning.]*

PATIENT: Uh, not as responsible as him.

THERAPIST: Are you responsible with money?

PATIENT: Uhm . . . not as well as I used to be, no.

THERAPIST: You used to be very responsible.

PATIENT: In earlier years, yeah.

THERAPIST: How did it show—writing false checks . . .

PATIENT: Uh, yeah, I've bounced checks, but that wasn't like, but . . . *[She is irresponsible with money.]*

THERAPIST: Have you had any problems in terms of dealing with money that might have you getting into difficulties with the law?

PATIENT: No.

THERAPIST: Any other activities that might get you into conflict with the law?

PATIENT: No.

THERAPIST: Not even in your adolescence, tempted to steal, break in, write false checks?

PATIENT: No.

THERAPIST: Have you been on drugs?

PATIENT: Yeah, I had a problem with cocaine. It was about eight years ago.

THERAPIST: Not in recent years?

PATIENT: No.

(Pause) *[There seems to be no major antisocial features, except irresponsibility with money and lack of openness in intimate relationships.]*

THERAPIST: Somehow you conveyed that you're interested in both men and women sexually. Is that a problem for you or not really?

PATIENT: No.

THERAPIST: It's not really complicated? It depends with whom you are?

PATIENT: Uh huh.

THERAPIST: And what about falling in love, or being in love, is that different with men or women, or it could also be with either?

PATIENT: (Sighs) You know, I often look at the thing with women as, well, maybe, going back to my mother and not getting stuff from my

mother and maybe that's why I'm drawn towards women. I guess I didn't get any nurturing from my mother, I don't know.

THERAPIST: But feelings of being in love or loving are about equal between men and women—is that a fair statement?

PATIENT: Yeah. *[She is clearly bisexual.]*

THERAPIST: And your sexual gratification is also about equal?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: Have there been times when you've been involved with only one person for, say, years without feeling the need to be involved with anybody else, or not really?

PATIENT: Oh, well, my ex-husband. I was involved with him for eight years straight.

THERAPIST: For eight years—there was nobody else involved?

PATIENT: No.

THERAPIST: And seven of those eight years you were not married, you were living together and everything was all right? *[She has some capacity for object relations, and is not an antisocial personality in a strict sense.]*

PATIENT: Five of those.

THERAPIST: Five years, and everything was fine. You loved him.

PATIENT: Well, it wasn't hunky-dory, we had problems, but . . .

THERAPIST: What problems did you have?

PATIENT: Well, there were problems with his drinking that came up, you know, there were times that the relationship was broken off, and then we went back together.

THERAPIST: Do you have children?

PATIENT: No.

THERAPIST: Have you wanted to have children?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: So why haven't you had children?

PATIENT: Uhm, I was pregnant when I was 20, had an abortion with my ex-husband, which wouldn't have been a good thing to do, have a child at that time.

THERAPIST: And why's that?

PATIENT: I was in college at the time, I wasn't capable of raising a child. Uhm, the reason I haven't had a child is because I haven't been involved in a relationship.

THERAPIST: Well, you were involved with your husband for many years, or was that all throughout college?

PATIENT: No, it was mostly in college.

THERAPIST: And with your present boyfriend, you never discussed having a child?

PATIENT: Sure, we discuss it all the time.

THERAPIST: Does he want a child?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: And you don't want? *[She apparently does not want to have children; a narcissistic feature.]*

PATIENT: No, I do, too, but I have to figure out if I want to spend my life with him. And being in the hospital and not being back home with him, it's hard to work on.

THERAPIST: But you lived with him for two years.

PATIENT: Well, yeah, but a lot of that time, well, like the last three months have been in here, and then the month before that the relationship was in big trouble, we couldn't communicate at all.

THERAPIST: So, having a child is not a major interest of yours.

PATIENT: Oh, it is a major interest of mine. I'm 40 years old. *[She unconsciously states her lack of intent in having a child, but it also could be a severe masochistic acting out, i.e., regretting it when it is too late.]*

THERAPIST: So, are you concerned about this?

PATIENT: Yeah.

THERAPIST: If you're going to have a child, it should be soon?

PATIENT: Yeah. But I'm not going to just marry Henry or just marry somebody just to have a child.

THERAPIST: And where do you see yourself five years from now? With Henry, in other relationships?

PATIENT: I don't know.

THERAPIST: You don't know. And where do you see yourself regarding work?

PATIENT: Hopefully working.

THERAPIST: Working in what?

PATIENT: No, working, what I would like to do is combine what I've done in the past which I find I (sighs), I was in marketing and sales for a very long time, about 10 or 12 years, and I made a good amount of money at it when I was doing it, and I hated it. I absolutely despised it. But with the different things that I've done, I realize I have to be in some kind of field that's creative. I've done a lot of things in the field of psychology and I would like to combine the two of them. *[She is completely vague about her future interests.]*

THERAPIST: How do you combine something creative with the field of psychology?

PATIENT: Well, some of the jobs I've had in the past and there's still connections that I have where I live.

THERAPIST: But you have no education or training in psychology?

PATIENT: No, I was starting my degree for my MSW.

THERAPIST: You were starting . . .

PATIENT: I took a couple of classes to go towards my MSW. That was something else I wanted . . .

THERAPIST: (Interrupts) You're conveying to me some kind of confusion when it comes to your work. Am I wrong, or am I getting the right impression? *[The therapist confronts her with the chaotic attitude toward work.]*

PATIENT: Yeah, I could see how you could pick that up. But . . .
THERAPIST: Correct me if I'm wrong. It may be a wrong impression.
PATIENT: Well, what I've really decided throughout the years, the different things that I've done is that I want to stay working in the arts some way and combining that with psychology. And working with people.
THERAPIST: It sounds somewhat vague. Am I wrong?
PATIENT: Well, I don't have a specific job picked out. But there's people that I know in the town that I live, in the Arts Council and things like that, and different people that I've worked with in the past that . . .
THERAPIST: Well, actually, let me say that I'm getting this feeling that there is some vagueness in your professional commitment. Although I hear you saying that you have something in mind, I get the same feeling when it comes to a relationship with intimacy, as if it's not quite clear, it's a man or a woman, a child, but depends . . .
PATIENT: (Interrupts) No—definite with the child. It's definite with the child.
THERAPIST: Well, would you be willing to have a child with a man even if you don't want to stay with him? It's not too difficult to have a child.
PATIENT: No, it's real easy to have a child.
THERAPIST: Yes. I mean easy to give birth to a child.
PATIENT: Yes.
THERAPIST: To live with a child—that's different.
PATIENT: But my mind—if I'm not in love with that person or I don't want to be with that man, why should I have a child with him?
THERAPIST: So, are you concerned about the possibility that, given your past history, it might be difficult to settle down and . . .
PATIENT: Sure.
THERAPIST: And then therefore it would mean no child.
PATIENT: It's real scary to him.
THERAPIST: And then coming back to our start, uhm, that you should decide in a few weeks to kill yourself because this woman left you, and you were in trouble, your girlfriend left you, you were in trouble with Henry, your girlfriend doesn't seem worthwhile to kill yourself over her from everything you've told me about her, so it sounds as if for relatively little external reasons you were willing to dispense with your life, and I found this very puzzling. *[The therapist confronts her with how little it takes for her to want to kill herself.]*
PATIENT: At the time to me, the way I felt, I was tired of feeling the way I was feeling, and I had felt like that a lot in the past, and I didn't feel like feeling that anymore.
THERAPIST: Feeling what?
PATIENT: Feeling, I feel like I've explained it, the feeling that pain, feeling worthless, feeling . . . there was nothing to live for.
THERAPIST: What made you feel worthless?

PATIENT: Uhmmm, the not working, really not bringing in money, putting in effort and not getting anything in return, whether it had to do with work and my relationship with my girlfriend, what happened with my relationship with my girlfriend would be betrayed by her, feeling rejected by her, uhm . . . constantly having my father on my back my entire life with why aren't you doing this and why aren't you doing that, you should be here, you should be doing this, you should be doing that, you should be making a million dollars by this point in your life. Uhm . . . things just stacking up. And then seeing other people get ahead in life and I feel like I'm not getting ahead. I feel I'm living, I kinda feel like I'm living a lie. People see me on the outside and think that I'm so—it's like somebody said to me that I present a really good package, but on the inside it was just a bunch of shit. (Pause) So, it's not, it's just all the stuff that's jumbled up on the inside and, it's like a puzzle on the inside that I haven't put together yet. I feel that some pieces are put together, but the entire puzzle isn't. *[She has a clear awareness that her life is getting nowhere—but is she just paying lip service to the therapist's confrontations?]*

THERAPIST: I've asked you all the questions I wanted to ask you. Anything else that I should have asked you, haven't asked you, that you would like to tell me that you haven't had a chance, that you would like to ask me before we stop?

The essential findings in the interview can be summarized. The patient suffers from a chronic, characterological depression with self-mutilating tendencies, characterological suicidal tendencies disproportionate to the severity of the depression, somatizations, and a past history of an eating disorder. At the structural level, the patient presents a BPO with a narcissistic personality disorder and strong sadomasochistic, paranoid, and some antisocial trends, with overt borderline functioning and a tendency to severe negative therapeutic reaction.

The patient is bisexual, with significant sexual inhibition with both genders, but a history of some capacity for sexual enjoyment. She has a completely chaotic view of her present emotional attachment to her boyfriend and of her place in a working or professional capacity.

Her lack of introspection and cliché-ridden reflections on the nature of her difficulties may reflect an incapacity for making use of an exploratory psychotherapy such as TFP, or a lack of realistic opportunities for such an exploration in the past. One might recommend TFP as an initial approach, only shifting into a supportive mode if she were unable to persevere in introspective orientation. Given her history, the recommendation would be to attempt not to use any medication at the beginning of therapy.

Texte 9
Évaluation des troubles de la personnalité du DSM-5

Tremblay, G., 2017, *Évaluation des troubles de personnalité du DSM-5*

Vous trouverez dans le présent document des exemples de questions ou d'énoncés destinés à évaluer chacun des troubles de la personnalité qui sont décrits dans le DSM-IV. Lorsque vous écouterez les enregistrements audio des différentes entrevues, vous pourrez vous demander si les questions ou énoncés dans les tableaux ci-dessous décrivent bien le cas que vous avez choisi d'analyser pour votre formulation de cas.

Par exemple, si vous choisissez le cas relatif à la personnalité paranoïaque, les exemples de questions et d'énoncés présentés dans le tableau correspondant ci-dessous vous permettront d'évaluer si le sujet répond bien aux critères du DSM-IV. En effet, les questions et énoncés qui sont présentés dans chacun des tableaux suivent de près les critères du DSM-IV. Chaque question ou énoncé est suivi du numéro du critère à évaluer. Reportez-vous au DSM-IV pour retrouver ces critères. Bref, en vous posant ces exemples de questions après l'écoute des entrevues cliniques, vous serez en mesure de mieux étoffer vos idées pour la formulation de cas.

Dans chacun des tableaux, il y a des exemples de questions ou d'énoncés auxquels il est possible de répondre par Oui ou par Non. Dans certains cas, une réponse affirmative (oui) confirmera un critère alors que dans d'autres cas, c'est une réponse négative (NON : score inversé) qui validera le critère. À l'intérieur de chacun des tableaux, les questions et énoncés qui présentent un score inversé sont indiqués par la présence d'un astérisque (*). ATTENTION : Plus le score est élevé et plus la possibilité qu'un trouble de la personnalité existe augmente.

Codes du DSM-IV	Types de troubles	Définition catégorielle
Groupe A 301.0 301.20 301.22	Trouble paranoïaque Trouble schizoïde Trouble schizotypique	Cette catégorie comprend les personnalités dites étranges, bizarres ou excentriques.
Groupe B 301.7 301.83 301.50 301.81	Trouble antisocial Trouble limite Trouble histrionique Trouble narcissique	Dans cette catégorie, on retrouve les personnalités dites émotionnelles, dramatiques ou flamboyantes.
Groupe C 301.82 301.6 301.4	Trouble évitant Trouble dépendant Trouble obsessif-compulsif	Cette catégorie décrit les personnalités anxieuses, inhibées ou peureuses.

Groupe A

301.0 Trouble de la personnalité paranoïde

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Avez-vous de la difficulté à tolérer que des gens de votre entourage fassent des plaisanteries à votre endroit?	A4		
2.	Je n'ai jamais mis fin à des relations avec des amis parce que je croyais, même sans preuve, qu'elles se conduisaient mal à mon endroit. *	A2		
3.	Je me méfie des nouvelles connaissances.	A1		
4.	Avez-vous le sentiment qu'il y a des gens autour de vous qui vous veulent du mal ou qui souhaitent vous nuire?	A1		
5.	Nourrissez-vous parfois des idées de vengeance à l'endroit des autres?	A5		
6.	Vous est-il arrivé de vous faire reprocher que vous étiez trop méfiant face aux autres et trop porté à réagir avec colère?	A6		
7.	Je crois que dans la vie, on doit se montrer dur et inflexible si on ne veut pas se faire avoir.	A1		
8.	Ressentez-vous un malaise lorsque vous devez répondre à des questions personnelles sur votre vie?	A3		
9.	Êtes-vous souvent sur vos gardes lorsque vous devez sortir à l'extérieur dans des endroits publics?	A1		
10.	Avez-vous l'impression que la plupart des gens n'attendent qu'une occasion pour tenter de profiter de vous?	A1		
11.	On me dit très sociable et facilement porté à faire confiance aux autres. *	A2		
12.	Vous est-il déjà arrivé de faire peur ou de vous en prendre à quelqu'un à tort car vous croyiez qu'il vous en voulait?	A6		
13.	Avez-vous l'impression de faire l'objet d'un complot quelconque?	A1		
14.	Il m'arrive parfois de me sentir suivi en voiture ou lorsque je marche dans la rue.	A4		
15.	Il est important de bien surveiller ses amis et ses proches car on ne sait jamais quand ils pourraient vous tromper.	A7		

Groupe A

301.20 Trouble de la personnalité schizoïde

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Je n'aime pas trop être avec des gens sur une trop longue période de temps.	A1		
2.	J'ai très peu ou pas d'amis proches et je suis à l'aise avec ça.	A5		
3.	Avez-vous l'impression d'être à part des autres?	A7		
4.	Les conseils ou commentaires des autres à mon endroit m'intéressent peu.	A6		
5.	J'adore les activités de groupe. *	A2		
6.	Je souffre souvent de solitude. *	A1		
7.	Les gens m'ont déjà dit que j'avais tendance à être dans ma bulle.	A6, A7		
8.	Je suis très attiré à l'idée d'avoir une relation sexuelle avec une personne. *	A3		
9.	J'aimerais me retrouver seul sur une île déserte.	A1, A2		
10.	J'ai tellement d'activités intéressantes dans la vie que je ne sais plus parfois par quoi commencer. *	A4		
11.	J'ai toujours été mal à l'aise quand les gens me complimentaient ou lorsqu'ils me faisaient des remarques.	A6		
12.	Je suis une personne très émotive qui réagit beaucoup à ce qui se passe autour de moi. *	A6, A7		
13.	La vie de famille m'intéresse peu.	A1		
14.	Plus il y a de gens autour de moi et plus je me sens bien. *	A2		
15.	Vous a-t-on déjà dit que vous étiez distant avec les autres?	A7		

Groupe A

301.22 Trouble de la personnalité schizotypique

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Parfois, à certains moments, il m'est difficile de distinguer ce qui tient du rêve de ce qui tient de la réalité.	A3		
2.	Vous arrive-t-il de vous faire regarder d'une drôle de façon par des personnes lorsque vous marchez sur la rue?	A7		
3.	J'aime beaucoup suivre les modes vestimentaires. *	A7		
4.	Les gens me font peur ou me rendent très nerveux, donc je les évite le plus possible.	A9		
5.	Les gens n'arrivent pas à comprendre ce que je dis parfois.	A4		
6.	Parfois, j'ai l'impression que les gens m'observent et m'analysent.	A1		
7.	J'ai l'impression que je possède des dons de voyance ou que je ressens des choses que les autres ne peuvent pas ressentir.	A2		
8.	Je n'ai aucune difficulté à exprimer mes émotions et à les partager avec autrui. *	A6		
9.	Je crois à l'existence de phénomènes paranormaux ou étranges tels que la télépathie (superstitions, sixième sens, etc.).	A2		
10.	J'aime beaucoup les fêtes et les sorties en public. *	A9		
11.	J'ai beaucoup d'amis. *	A8		
12.	Parfois, j'ai l'impression de vivre des phénomènes bizarres dans mon corps (ex. : picotement, engourdissement, sensation que mon esprit quitte mon corps, etc.).	A3		
13.	Vous arrive-t-il de croire que certaines personnes puissent vous en vouloir ou chercher à vous nuire?	A5		
14.	Les gens disent que je suis très émotif et toujours porté à utiliser l'humour. *	A6		
15.	Avez-vous l'impression d'être mal à l'aise avec les gens même si vous les connaissez depuis longtemps?	A9		

Groupe B

301.7 Trouble de la personnalité antisociale

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Vous est-il déjà arrivé de contourner les lois et les règles à des fins personnelles?	A1		
2.	Quand j'étais jeune, il m'est arrivé de faire mal à des animaux.	A1		
3.	J'ai toujours été très stable à l'école ou au travail. *	A6		
4.	Il ne m'arrive jamais de mentir aux autres pour obtenir ce que je veux. *	A2		
5.	J'ai déjà été suspendu de l'école pour mauvaise conduite.	A6		
6.	J'ai toujours eu tendance à vivre au jour le jour et à en faire à ma tête.	A3		
7.	Il m'arrive parfois de vouloir me bagarrer avec certaines personnes.	A4, A5		
8.	On me dit une personne gentille, honnête et très empathique vis-à-vis des autres.*	A2		
9.	J'ai déjà vendu de la drogue pour subvenir à mes besoins.	A1		
10.	J'ai déjà été congédié pour vol.	A6		
11.	Plus jeune, je me battais assez souvent avec mes camarades de classe.	A4, A5		
12.	Je n'ai jamais eu de démêlés avec la loi ou la police.	A1, A2		
13.	Je me considère très respectueux des lois et du bien d'autrui. *	A1, A7		
14.	Je n'ai jamais fait de vandalisme.	A1, A3		
15.	Je suis une personne normalement soumise et plutôt peureuse de nature. *	A5		

Groupe B

301.83 Trouble de la personnalité limite

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Il ne m'arrive presque jamais de me mettre en colère contre les autres. *	A8		
2.	La plupart de mes amis disent que je suis une personne très émotive, instable et imprévisible dans mes réactions.	A2, A4		
3.	Je n'ai jamais abusé de boissons alcoolisées ou de drogues. *	A4		
4.	Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide?	A5		
5.	Parfois, j'ai l'impression de ne plus trop savoir qui je suis au juste.	A3		
6.	Je me suis déjà engagé dans des relations sexuelles à risque.	A4		
7.	Je me sens parfois terriblement vide intérieurement et triste.	A7		
8.	Je n'ai jamais eu d'épisodes au cours desquels je me sentais déconnecté de moi-même, voire psychotique. *	A9		
9.	J'ai déjà été à l'urgence ou été hospitalisé pour des crises de colère ou de détresse, où je ne me possédais plus.	A6, A8		
10.	Je ne me suis jamais automutilé. *	A5		
11.	Il m'est souvent arrivé, en situation de crise, de dépenser, de boire, de manger ou de conduire de façon nettement inappropriée.	A4		
12.	Il m'est intolérable de me sentir rejeté par les gens qui sont proches de moi.	A1		
13.	Parfois, il m'est arrivé d'idéaliser de nouvelles personnes que je venais de connaître pour m'apercevoir ensuite qu'elles ne méritaient pas vraiment toute l'estime que je leur portais.	A2		
14.	Vous arrive-t-il parfois de vous sentir triste ou irritable quelque temps à peine après avoir vécu de bons moments?	A6		
15.	Vous arrive-t-il parfois de faire des choses sur un coup de tête sans avoir vraiment pris le temps d'y réfléchir?	A4		

Groupe B

301.50 Trouble de la personnalité histrionique

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Vous a-t-on déjà dit que vous aviez tendance à exagérer ou à dramatiser facilement les choses?	A6		
2.	Le regard excité ou admiratif des autres à mon endroit m'est tout à fait égal. *	A1		
3.	J'aime bien flirter avec les personnes de sexe opposé même si je ne désire pas aller plus loin.	A2		
4.	On me considère comme une personne séductrice ou charmante.	A4		
5.	Dans un groupe d'amis ou de personnes, je me retrouve souvent au centre de l'attention.	A1, A4		
6.	Dans le passé, dans des situations très stressantes, il m'est déjà arrivé de m'évanouir.	A7		
7.	On m'a déjà dit que j'avais tendance à m'habiller de façon trop provocante ou trop excentrique.	A4		
8.	Je me préoccupe souvent de savoir quel effet je produis sur les autres.	A1, A4		
9.	De façon générale, les gens me complimentent souvent sur ma façon de m'habiller ou de me coiffer et me disent à la mode.	A2, A4		
10.	Avez-vous tendance à facilement développer des relations avec les autres, au point de devenir très amis rapidement?	A8		
11.	Certaines personnes se sont déjà mises en colère contre moi, disant que je recherchais trop l'attention.	A2, A4		
12.	On m'a déjà dit que j'avais tendance à oublier une foule de petits détails qui pour moi ne semblaient pas importants.	A5		
13.	Ce que les autres disent de moi m'importe peu.*	A7		
14.	On me dit une personne introvertie, plutôt monotone, peu enjouée comparativement aux autres. *	A3		
15.	J'ai une très grande facilité à me faire des amis.	A8		

Groupe B

301.81 Trouble de la personnalité narcissique

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Ce que j'ai obtenu dans ma vie est dû à mes capacités personnelles, qui se situent au dessus de la moyenne des gens.	A9		
2.	Avez-vous tendance à trouver que les gens sont très peu reconnaissants ou admiratifs envers vos efforts et réalisations?	A3, A4		
3.	J'ai le potentiel pour réussir de grandes choses mais les gens autour de moi ont tendance à me jalouser et à peu m'appuyer.	A1		
4.	Vous est-il déjà arrivé de tricher sans gêne pour obtenir des faveurs ou des privilèges?	A5, A6		
5.	Dans ma vie professionnelle, je mérite d'arriver aux plus hauts échelons.	A1, A2		
6.	Si je n'ai pas mieux réussi, c'est surtout à cause de certaines personnes qui m'ont nui ou m'enviaient et ne voulaient pas que je réussisse mieux qu'elles.	A8		
7.	Je considère que dans la vie, les gens supérieurs devraient obtenir davantage que ceux qui sont inférieurs.	A1, A2		
8.	Mon expérience antérieure me prouve que je suis une personne supérieure et je me fous de ce que les autres peuvent en penser.	A9		
9.	Je n'aime faire affaire qu'avec des professionnels haut de gamme, car ceux-ci sont davantage à mon niveau.	A3		
10.	J'ai plus tendance à me blâmer moi-même qu'à blâmer les autres pour mes insuccès.*	A7		
11.	Ce n'est pas que j'envie les autres, c'est juste que je n'obtiens pas ce que je mérite.	A1, A5		
12.	La plupart des gens me perçoivent comme une personne de grand talent.	A4, A8		
13.	Les gens ont tendance à admirer mes qualités alors qu'autour de moi, je trouve très peu de gens admirables.	A4, A7		
14.	Vous a-t-on déjà dit qu'on vous trouvait fendant ou arrogant?	A9		
15.	Généralement, j'ai peu confiance en moi et j'ai de la difficulté à prendre ma place. *	A3		

Groupe C

301.82 Trouble de la personnalité évitante

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Il m'est souvent arrivé de trouver des excuses pour éviter de participer à des rencontres, des fêtes ou des sorties avec des amis.	A7		
2.	À plusieurs reprises dans ma vie, j'ai manqué de belles possibilités personnelles ou professionnelles car j'étais trop gêné.	A1		
3.	J'adore aller dans des rassemblements publics, des fêtes ou autres activités sociales en groupe. *	A1, A7		
4.	S'il m'est arrivé de me sentir ridicule devant une personne, j'essaie d'éviter de la revoir.	A2		
5.	La plupart du temps, j'essaie d'éviter d'amorcer la conversation avec de nouvelles personnes.	A5		
6.	De façon générale, les gens me perçoivent comme une personne très compétente sur le plan social. *	A6		
7.	J'ai une bonne estime de moi et je suis très à l'aise avec autrui. *	A6, A5		
8.	Il a toujours été relativement facile pour moi de me trouver des partenaires amoureux. *	A3		
9.	Si je sais que certaines personnes ne m'aiment pas ou ne m'apprécient pas, je vais tenter de les éviter même si cela me nuit d'une certaine façon pour mon travail ou mes allées et venues à l'extérieur.	A2, A7		
10.	Il m'est rarement arrivé de me sentir honteux, ridicule ou embarrassé en public. *	A4		
11.	De façon générale, j'ai tendance à me sentir inférieur aux autres.	A5		
12.	Les blagues et remarques des autres envers moi me blessent facilement.	A4		
13.	Je me sens souvent très anxieux lorsque je dois subir une entrevue pour un emploi, si bien que j'ai tendance à éviter cela si possible.	A1, A7		
14.	Je suis gêné même avec mes amis de longue date.	A3		
15.	Dans l'ensemble, on me considère comme un leader. *	A5, A6		

Groupe C

301.6 Trouble de la personnalité dépendante

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Depuis toujours, on me considère comme une personne autonome et indépendante. *	A6, A8		
2.	Il m'arrive souvent de douter de mes décisions.	A4, A6		
3.	Je préfère de beaucoup la solitude au contact avec les autres. *	A7, A8		
4.	Êtes-vous généralement sensible aux critiques ou aux désaccords avec autrui?	A3		
5.	J'aime bien quand les gens me donnent leur avis quant à mes choix et décisions.	A1		
6.	J'ai ce qu'il faut pour diriger les gens. *	A1, A2		
7.	Vos amis ou vos proches vous ont-ils déjà dit qu'on vous trouvait « collant »?	A2, A7		
8.	Il m'arrive parfois de donner un coup de main à des amis même si ceux-ci ne me renvoient pas les mêmes faveurs.	A5		
9.	Vous est-il déjà arrivé de faire des choses que vous n'aviez pas envie de faire simplement pour demeurer en bons termes avec vos amis?	A5		
10.	Je suis une personne très débrouillarde, ce qui fait que j'ai rarement besoin d'aide ou de conseils de la part des autres.	A1, A5		
11.	Avez-vous peur parfois d'être abandonné ou laissé seul par les autres face à des situations ou des décisions qui vous semblent difficiles?	A6, A8		
12.	J'ai de la difficulté à terminer les rencontres avec les gens qui m'aident dans la vie (ex. : médecin, travailleur social, conseiller divers, etc.).	A7		
13.	J'aime bien rester seul pendant de longues périodes de temps. *	A6, A8		
14.	Lorsque je dois remplir des formulaires pour quelque raison que ce soit (travail, gouvernement, activités diverses), j'aime bien demander l'avis de mes proches.	A2, A4		
15.	Quand j'ai pris une décision, il est très rare que les autres peuvent m'influencer autrement. *	A1, A2		

Groupe C

301.4 Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

	Exemples de questions ou d'énoncés	DSM-IV Critères	Oui	Non
1.	Vous a-t-on déjà dit qu'on vous trouvait trop rigide et minutieux ou que vous preniez trop de temps pour faire certaines tâches?	A1, A2		
2.	Je déteste accumuler des choses. *	A5		
3.	Il m'arrive fréquemment de recommencer certaines choses parce que je ne suis pas satisfait des résultats.	A1, A2		
4.	On m'a déjà dit que j'étais insouciant ou trop distrait dans ce que je faisais. *	A1, A2		
5.	De façon générale, je suis une personne émotive qui aime bien rire et se laisser aller. *	A4		
6.	J'ai tendance à suivre les règles et les lois de façon scrupuleuse.	A4		
7.	Vous a-t-on déjà dit que vous aviez tendance à être trop obsessif dans votre façon de faire les choses?	A1, A3		
8.	J'ai du mal à me départir de certaines choses, même les plus banales, car je ne sais jamais si je pourrais en avoir besoin un jour.	A5		
9.	Il ne m'est pas difficile de faire confiance aux autres pour réaliser des tâches. *	A6		
10.	Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous étiez du genre rigide et têtu?	A8		
11.	La plupart des gens qui me connaissent diraient sûrement que je suis une personne de nature très généreuse. *	A7		
12.	Tout ce qui m'intéresse, c'est le travail, le reste, c'est une perte de temps et d'argent.	A3, A7		
13.	La plupart des gens que je connais me décrivent comme quelqu'un de souple et de détendu avec autrui.	A8		
14.	De nos jours, il est extrêmement difficile de trouver des gens consciencieux qui se donnent la peine de faire les choses comme il se doit.	A6		
15.	Les gens sont de plus en plus impolis et respectent de moins en moins les lois et les règles.	A4		

Texte 10
Évaluation de l'épreuve de réalité

Tremblay, G., 2017, *Évaluation de l'épreuve de réalité*

L'évaluation de l'épreuve de réalité peut se faire à partir de critères directs (ex. : propos confus et délirants) et indirects (ex. : posture, attitude, tenue vestimentaire). S'il peut être relativement aisé de constater une rupture du contact avec la réalité dans les cas de délires aigus, l'appréciation de la qualité de ce contact n'est pas toujours évidente. Par exemple, certaines idées obsédantes, paranoïaques ou surinvesties sont particulièrement difficiles à distinguer des idées délirantes. La frontière est parfois relativement mince.

D'après Kernberg (1978), l'évaluation de l'épreuve de réalité comprend trois points. Une personne dont l'épreuve de réalité est intacte se reconnaît par :

1. une absence de processus hallucinatoires;
   1.1 la personne affirme n'avoir jamais eu d'hallucinations;
   1.2 si la personne en a eu, elle est à même de les évaluer et de se montrer étonnée et concernée par de telles expériences;
2. une absence d'affects, de pensées ou de comportements manifestement inappropriés ou bizarres (ex. : idées délirantes);
3. la capacité d'établir une relation empathique et de comprendre les observations d'autrui quant au caractère inapproprié ou surprenant de certains de ses affects, de ses pensées et de ses comportements.

Ces trois points couvrent l'ensemble des éléments de la définition de l'épreuve de réalité. Afin de faciliter leur mémorisation, nous vous proposons de regrouper les trois points à évaluer de la manière suivante : 1) distinction entre les perceptions internes et externes, 2) distinction entre le soi et le non-soi, 3) absence d'affects, de pensées et de comportements inappropriés.

Exemples d'énoncés pour les trois points à évaluer

Les énoncés suivants sont regroupés selon les trois points à évaluer.

4. Distinction entre les perceptions internes et externes

- La personne vous dit qu'il lui arrive parfois d'entendre des voix ou de voir des choses alors qu'il n'y a rien. Si elle n'est pas seule, les autres personnes n'entendent pas ces voix ou ne voient pas ces choses.
- La personne vous dit qu'elle ne pourrait pas dire si les voix qu'elle a pu entendre ou les choses qu'elle a pu voir étaient ou non le produit de son imagination.
- La personne vous dit qu'il lui est déjà arrivé de ressentir des sensations physiques ou corporelles (ex. : sentir que des fourmis rampent sous sa peau, que ses bras ou ses jambes sont contrôlés par des phénomènes extérieurs) pour lesquelles il n'y a aucune cause physique.
- La personne mentionne que l'apparence des gens ou des objets autour d'elle change alors qu'il n'en est rien.

5. Distinction entre le soi et le non-soi

- La personne vous dit que lorsqu'elle se sent confuse intérieurement, le monde extérieur lui semble tout aussi confus ou chaotique. (L'inverse est également vrai : la personne mentionne que lorsque tout devient instable et confus autour d'elle, elle ressent la même chose au fond d'elle-même.)
- La personne mentionne que lorsqu'elle est nerveuse et qu'elle ne sait plus très bien où elle en est, les choses autour d'elle deviennent tout aussi insensées.
- La personne vous dit que lorsqu'elle se sent mal intérieurement, elle ne peut pas dire si c'est physique ou émotionnel ou si cela résulte de phénomènes extérieurs.
- La personne vous dit qu'elle a parfois l'impression d'être quelqu'un d'autre comme un parent, un ami, si bien qu'elle n'a plus d'identité propre.
- La personne vous dit qu'elle peut lire dans les pensées des gens ou que d'autres personnes peuvent lire les siennes.
- La personne vous dit que certaines de ses idées ne sont pas les siennes, qu'elles lui sont étrangères (on les lui a mises de force dans la tête). À l'inverse, le vol de pensée est également indicatif d'un manque de frontière (forme de perméabilité) entre le soi et les autres.

6. Absence d'affects, de pensées et de comportements inappropriés

- La personne vous dit qu'elle croit fermement qu'une chose va se matérialiser si elle y pense vraiment fort.
- La personne vous dit que les gens lui ont déjà fait la remarque qu'elle était comme un robot, n'ayant à peu près pas sinon aucune émotion ou réaction face à ce qui l'entoure.
- La personne vous dit avoir l'impression de ne pas vraiment exister, d'être comme dans un rêve et que le monde autour d'elle est aussi un rêve.
- La personne vous dit qu'il arrive parfois que les gens ne comprennent pas ses actions et qu'ils la regardent alors avec un air surpris, gêné ou inquiet.
- La personne vous dit que les gens ont tendance à s'éloigner d'elle sans comprendre pourquoi.
- La personne vous dit qu'elle croit fermement en la télépathie, mais que le gouvernement nous cache des choses à ce sujet.
- La personne vous dit qu'il lui est parfois arrivé de rêver à des choses qui se sont ensuite réalisées dans la réalité exactement comme dans ses rêves.
- La personne vous dit qu'elle a l'impression d'être manipulée par des forces extérieures qui tirent les ficelles de sa vie.
- La personne vous dit que les animateurs de la télévision ou de la radio parlent et rient d'elle.

- La personne se sent poursuivie, épiée, menacée par des forces ou des individus. (La menace ne doit pas être fondée dans la réalité. Par exemple, l'individu n'a aucun antécédent criminel mais est convaincu d'être poursuivi par le FBI américain ou le SCRS canadien. Par contre, l'ex-détenu qui est devenu délateur a de bonnes raisons de se croire en danger.)
- La personne vous dit avoir des pouvoirs spéciaux. (Attention, il ne s'agit pas ici de talents, de douance ou d'aptitudes particulières, mais de véritables pouvoirs surnaturels.)

Autres indices

D'autres observations permettent d'évaluer indirectement l'épreuve de réalité (ex. : la présentation générale, la perception, l'orientation spatio-temporelle, la mémoire, etc.). Il convient alors de leur prêter une attention particulière et de faire les liens appropriés avec les autres indices accumulés en cours d'entretien.

La présentation générale

- Quelle est l'apparence physique de l'individu? Est-elle excentrique, bizarre, grossièrement négligée (ex. : porter des pantoufles ou une légère chemise en plein hiver, porter des gants de laine en été sans raison apparente)? Attention aux modes vestimentaires particulières (ex. : porter une tuque en été pour s'identifier à un groupe).
- Quel est le regard de l'individu? Ce dernier regarde-t-il l'intervenant lorsqu'il s'adresse à lui ou regarde-t-il plutôt le mur, comme s'il s'adressait à une personne imaginaire? Attention aux facteurs culturels (ex. : dans certaines cultures, il pourrait être impoli pour une personne de regarder l'intervenant dans les yeux). Le regard est-il fixe, hagard, sans expression, empreint de frayeur?
- Y a-t-il présence de tics nerveux étranges, de gestes bizarres, stéréotypés ou désorganisés (ex. : l'individu se lève debout fréquemment sans raison apparente, comme s'il était prêt à quitter les lieux en milieu d'entrevue; l'individu lève et tient son doigt dans les airs sans donner aucune précision; le volume de la voix est parfois inaudible, comme si l'individu se croyait épié, etc.)?
- L'individu est-il manifestement trop lent ou trop rapide dans l'exécution de gestes routiniers (ex. : démarche, façon de bouger, de se lever, de s'asseoir, etc.)?
- L'individu se montre-t-il menaçant sans raison? A-t-il de la difficulté avec la distance physique avec l'intervenant (ex. : trop envahissant, recule trop comme s'il avait peur de quelque chose)?

La pensée, le raisonnement, la compréhension, les croyances, le discours

- Capacité d'autocritique : l'individu est-il conscient de sa condition, de ses difficultés, de ses responsabilités? Comment interprète-t-il les faits? La capacité de jugement est-elle adéquate?
- Idées délirantes (ces idées peuvent être organisées et chroniques ou circonstancielles et temporaires).
- La pensée est-elle fragmentée, autistique, tangentielle, illogique? Le cours de la pensée est-il trop vite (les idées se bousculent à un rythme effréné) ou encore nettement trop lent (difficulté d'enchaînement des idées ou retard marqué dans la production d'une réponse allant jusqu'au blocage)?
- L'individu a-t-il des croyances insolites (ex. : superstitions pour expliquer ses comportements)? Observe-t-on la présence de peurs déraisonnées ou de craintes paranoïdes?
- Les capacités d'attention et de concentration sont-elles adéquates (ex. : faut-il répéter souvent les mêmes questions?, l'individu est-il facilement distrait?, semble-t-il perdu?, etc.)?
- Est-ce que l'individu comprend les questions qui lui sont posées? Répond-il à côté (attention aux expressions populaires qui pourraient avoir un sens particulier mais non moins approprié; attention à la langue maternelle de l'individu)?

L'orientation spatio-temporelle et la mémoire

- Capacité de s'orienter adéquatement dans l'espace et le temps (ex. : l'individu est-il perdu dans son environnement?, a-t-il un bon souvenir des conflits ou des événements qu'il a vécus récemment?).
- Est-ce que l'individu se souvient facilement de la date actuelle, de son nom, de sa date de naissance, de son adresse, de l'endroit où il se trouve présentement, de la ville qu'il habite, des personnes de son entourage, etc.?
- L'individu reconnaît-il les gens significatifs autour de lui ou semble-t-il plutôt avoir de la difficulté à les différencier?

Structures de la personnalité et épreuve de réalité

Le tableau 1 indique comment se présente l'épreuve de réalité en fonction des trois structures de la personnalité. En tant que critère structural, l'épreuve de réalité permet de différencier les trois structures de la personnalité du modèle de Kernberg. Le tableau qui suit illustre ces différences.

Tableau 1 : Structures de la personnalité et épreuve de réalité

Névrotique	Limite	Psychotique
L'épreuve de réalité est préservée. L'individu est capable de faire la distinction entre les perceptions internes et externes, entre le soi et le non-soi, et il n'y a pas d'affects, de pensées et de comportements inappropriés.		L'épreuve de réalité n'est pas préservée, elle est perdue.
Profondeur et réalisme des évaluations de soi et des autres.	Altérations dans la façon de concevoir et de ressentir la réalité.	

Dans les structures névrotique et limite de la personnalité, l'épreuve de réalité est maintenue. Elle est perdue dans la structure psychotique. Toutefois, il se peut que les personnes ayant une structure limite de la personnalité perdent momentanément cette épreuve de réalité sous le fait de chocs affectifs graves, d'alcool ou de drogues. Des épisodes psychotiques passagers peuvent survenir, mais ceux-ci vont régresser habituellement grâce à un traitement relativement bref et structuré. Ces personnes conservent donc leur épreuve de réalité, sauf dans des circonstances spéciales. Le maintien de l'épreuve de réalité dans les circonstances ordinaires de la vie constitue d'ailleurs un élément crucial du diagnostic différentiel entre une structure limite et une structure psychotique de la personnalité. Dans la dernière, la perte de l'épreuve de réalité dans l'ensemble des domaines du fonctionnement psychique est prolongée (Kernberg, 1997).

Références bibliographiques

KERNBERG, O.F. (1978). « Le diagnostic structural des états-limites », I*nterprétation*, n^{os} 22-23, p. 165-198.

KERNBERG, O.F. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod.

Texte 11
Évaluation de l'intégration par opposition à la diffusion de l'identité

Tremblay, G., 2017, *Évaluation de l'intégration par rapport à la diffusion de l'identité*

La diffusion de l'identité, par opposition à l'intégration de l'identité, est un des trois critères du modèle structural de la personnalité de Kernberg. Nous abordons ces concepts en trois sections. La première section consiste en une définition de l'intégration et de la diffusion de l'identité. La deuxième section du texte est consacrée à l'évaluation clinique de ce critère structural. Enfin, la troisième section est une synthèse, sous forme schématique, des principales différences en termes de diffusion d'identité entre les trois grandes structures de la personnalité.

Définition de l'intégration et de la diffusion de l'identité

L'identité n'est pas facile à définir de manière opérationnelle. Elle peut se concevoir comme l'ensemble du contenu et de l'organisation des représentations internes d'un individu qui lui procurent un sentiment de stabilité, de continuité et d'uniformité dans le temps dans différentes situations. L'identité renvoie à un ensemble de représentations internes concernant sa propre personne, ses rôles, ses valeurs, ses idéaux, au développement et à l'acceptation d'une vision du monde qui donne un sens à la vie et à une certaine reconnaissance par des pairs significatifs d'avoir une place dans le monde. Une saine identité implique la capacité de choisir et de s'impliquer dans divers rôles, l'atteinte d'un niveau d'intimité avec les autres et la reconnaissance par les autres de faire partie de la société.

À l'opposé, une identité diffuse se manifestera par un ensemble de manifestations incluant : 1) des représentations de soi instables, inconsistantes, changeantes et mal intégrées, 2) une tendance marquée à confondre ses sentiments et ses désirs avec ceux d'autrui, 3) un sentiment de vide, 4) des difficultés à s'investir dans des relations, des rôles et des occupations, 5) des remises en question aussi incessantes qu'imprévisibles, 6) des changements soudains de direction dans les buts et les objectifs personnels, les valeurs et les idéaux, 7) une incapacité relative à se projeter dans le temps, 8) une discontinuité sur le plan occupationnel et 9) un appauvrissement des relations interpersonnelles. En résumé, le syndrome de diffusion de l'identité peut se représenter cliniquement par la pauvreté de l'intégration de soi et des proches (Kernberg, 1978[1]).

Évaluation de l'intégration et de la diffusion de l'identité

La définition de l'identité dégage au moins six thèmes qui doivent être examinés de manière détaillée lors d'un entretien d'évaluation. Nous regroupons ces six thèmes en trois grandes catégories :

1. Aspect personnel : concept et représentation de soi
   - 1.1 L'intégration, la stabilité et la cohésion des représentations de soi
   - 1.2 L'étendue et la diversité du registre affectif
   - 1.3 L'intégration du système de valeurs

1. O.F. Kernberg, « Le diagnostic structural des états-limites », *Interprétation,* n^{os} 22-23, 1978, p. 165-198.

2. Aspect social : concept et représentation de l'autre
   2.1 L'intégration, la stabilité et la cohésion des représentations d'autrui
   2.2 Les relations objectales
3. Autodirection : absence/présence de buts, de projets de vie, d'intérêts
   3.1 La capacité de s'investir dans les études, le travail et les activités de loisir

Critères selon les trois catégories de la définition de l'identité

Nous proposons ici une série de critères regroupés selon les trois catégories qui caractérisent ce qu'est une identité saine ou « normale ». Il suffit d'inverser le sens des phrases pour obtenir une description de la diffusion de l'identité.

7. Aspect personnel : concept et représentation de soi

7.4 L'intégration, la stabilité et la cohésion des représentations de soi

- Ensemble de représentations de soi à la fois complexes, nuancées, cohérentes et réalistes (intégration des bons et des mauvais aspects de soi-même conduisant à une conception globale);
- Description de soi qui n'est pas manifestement contradictoire ou chaotique;
- Conscience de certaines contradictions dans les représentations de soi;
- La présence de contradictions dans les représentations de soi est une source de conflit interne qui mène à des réajustements;
- Les représentations de soi sont suffisamment différenciées des représentations d'autrui (démarcations nettes entre le soi et les autres);
- La complexité des représentations de soi est maintenue dans les situations chargées sur le plan émotionnel (ex. : le soi ne devient pas tout mauvais);
- Consistance et persistance dans le temps des représentations de soi;
- Les comportements et les conduites sont en accord avec les représentations de soi;
- Absence de comportements autodestructeurs;
- Absence d'oscillations entre des états de dépendance docile et de rage furieuse et tyrannique dirigée contre soi-même;
- Absence d'oscillations entre des états d'impuissance et d'omnipotence;
- Bonne estime de soi.

7.5 *L'étendue et la diversité du registre affectif*

- Capacité de ressentir une gamme diversifiée de sentiments et d'émotions (affects plaisants et déplaisants) sans se perdre;
- Intensité, stabilité et modulation des réactions affectives;
- La complexité des représentations de l'autre est maintenue même dans les situations chargées sur le plan émotionnel; l'autre n'est pas idéalisé (tout bon) ou ne devient pas le persécuteur (tout mauvais);
- La présence d'affects négatifs très intenses est révélatrice d'une difficulté d'autorégulation qui compromet l'intériorisation des représentations de l'autre (attachement « insécure »);
- Reconnaissance des affects ambivalents qui permet de tolérer certaines situations frustrantes et de ne pas réagir démesurément avec colère;
- Profondeur des émotions;
- Capacité de distinguer un état affectif temporaire d'un état habituel (la perception de l'autre n'est pas contaminée par l'état affectif temporaire);
- Maintien du contrôle de soi.

7.6 *L'intégration du système de valeurs*

- Stabilité des valeurs;
- Conscience morale;
- Système de valeurs mature, indépendant des relations interpersonnelles, non lié aux prohibitions et aux valeurs parentales;
- Sens des responsabilités personnelles, adhésion critique aux valeurs morales, aux idéaux, aux normes sociales;
- Autocritique réaliste;
- Flexibilité de la prise de décision;
- Absence de traits antisociaux.

8. Aspect social : concept et représentation de l'autre

8.1 *L'intégration, la stabilité et la cohésion des représentations d'autrui*

- Représentations d'autrui à la fois complexes, nuancées, matures, cohérentes et réalistes (intégration des bons et des mauvais aspects). L'autre n'est ni « tout bon » ni « tout mauvais », mais est perçu comme étant un être « suffisamment bon »;

- Les descriptions d'autrui ne sont ni grossières ni caricaturales et décrivent des personnes « réelles »;
- Reconnaissance cognitive et affective du caractère imparfait de l'autre;
- Représentations d'autrui qui ne sont pas contradictoires ou chaotiques;
- Capacité d'intégrer certaines contradictions et d'en être conscient dans les descriptions d'autrui;
- Les représentations d'autrui ne sont pas dépendantes du moment présent (représentations superficielles) et prennent en considération le contexte et le patron comportemental global;
- Persistance dans le temps des représentations d'autrui;
- Absence d'oscillations entre des états de dépendance docile et de rage furieuse et tyrannique dirigée contre autrui;
- Contact social.

8.2 *Les relations objectales*

- Relations interpersonnelles matures et satisfaisantes impliquant un degré d'interdépendance;
- Capacité d'établir et de maintenir des relations intimes tout en conservant un sentiment d'autonomie;
- La sexualité n'est ni inhibée, ni chaotique;
- Absence de chaos dans les relations interpersonnelles;
- Absence de représentations primitives dans lesquelles l'autre est ou bien idéalisé (le protecteur, le bienveillant, le héros, celui qui aime, etc.) ou dévalorisé (le méchant, l'agresseur, le persécuteur, celui qui punit, etc.);
- Empathie;
- Absence de représentations internes des relations objectales dominées par des affects négatifs;
- Reconnaissance du caractère sincère, même si imparfait, de l'amour et de l'attention venant de l'autre. Cette reconnaissance ouvre la voie à des relations de soutien mutuel qui excluent l'exploitation de l'autre.

9. Autodirection : absence/présence de buts, de projets de vie, d'intérêts

9.1 ***La capacité de s'investir dans les études, le travail et les activités de loisir***

- Stabilité dans les études (ex. : implication sérieuse, absence d'école buissonnière; les changements de programmes, s'il y a lieu, reposent sur des motivations sérieuses);
- Stabilité occupationnelle (capacité de subvenir à ses besoins);
- Sentiment d'efficacité, de fierté, d'accomplissement et de satisfaction au travail (l'emploi est à la hauteur des capacités et de la scolarisation);
- Capacité d'éprouver du plaisir dans la vie;
- Réalisme des aspirations et des ambitions personnelles;
- Réalisation de soi, de ses désirs, de ses objectifs à long terme;
- Intérêt pour des activités récréatives et de loisir (implication et participation).

Énoncés pour repérer les thèmes associés à la définition de l'identité

Afin de mieux repérer les six thèmes généraux, nous présentons un certain nombre d'énoncés qui permettent de repérer concrètement la diffusion de l'identité. Ces énoncés ont été adaptés de trois inventaires : « Inventory of Personality Organization » (IPO) (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg et Foelsch, 2001[2]), « Borderline personality inventory » (BPI) (Leichsenring, 1999[3]) et le « Questionnaire de perturbation de l'identité borderline », de Wilkinson-Ryan et Westen, 2000[4]).

Les énoncés ont été regroupés selon les trois catégories que nous avons retenues. Le classement de certains d'entre eux dans une catégorie plutôt qu'une autre est certainement discutable. Par exemple, un énoncé dont le contenu fait référence à la difficulté marquée d'une personne à décrire ses intérêts ou à parler de ses projets d'avenir suggère un manque d'autodirection dans la vie (catégorie C). Nous pourrions également soutenir que cette difficulté est indicative d'une sérieuse méconnaissance de soi (catégorie A). De même, l'individu qui dit avoir souvent réalisé s'être trompé au sujet de ses camarades, de ses amis ou amies ou de ses partenaires (catégorie B) a vraisemblablement une connaissance insuffisante de ce qu'il est (catégorie A).

Énoncés relatifs à la catégorie A : Aspect personnel : concept et représentation de soi

- La personne se comporte souvent d'une manière qui semble inconsistante ou contradictoire. Elle ne comprend pas et ne parvient pas à expliquer ces changements de comportement.

2. M.F. Lenzenwege, J.F. Clarkin, O.F. Kernberg et P.A. Foelsch, « The inventory of personality organization : psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample », *Psychological Assessment*, vol. 13, nº 4, 2001, p. 577-591.
3. F. Leichsenring, « Development and first results of the borderline personality inventory : a self-report instrument for assessing borderline personality organization », *Journal of Personality Assessment*, vol. 73, nº 1, 1999, p. 45-63.
4. T. Wilkinson-Ryan et D. Westen, « Identity disturbance in borderline personality disorder : an empirical investigation », *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, nº 4, 2000, p. 528-541.

- La personne mentionne que même les gens qui la connaissent bien ne savent pas comment elle va se comporter.
- La personne vous dit que ses proches seraient surpris de constater à quel point elle se comporte différemment lorsqu'elle n'est pas en leur compagnie (catégories A et B).
- La personne dit changer de manière importante selon les gens avec qui elle se tient. Elle n'a pas le sentiment d'être la même à l'école, à la maison, au travail, etc. (personnalité caméléon).
- La personne se définit à partir d'une étiquette qui lui procure une identité (ex. : appartenance à un groupe marginal).
- Les images des identifications (personnes à qui elle aimerait ressembler) sont souvent changeantes.
- La personne se sent comme un imposteur, c'est-à-dire qu'elle a le sentiment que les autres la voient très différemment de ce qu'elle est vraiment.
- Les croyances et les conduites de la personne manquent de cohésion (ex. : prôner des valeurs conservatrices en matière de sexualité tout en ayant une promiscuité sexuelle).
- La personne affirme qu'il lui arrive souvent de ne pas savoir qui elle est et ce qu'elle veut vraiment (ex. : goûts personnels, opinions, etc.).
- La personne considère avoir souvent l'impression d'emprunter à d'autres sa façon d'être, ses goûts, ses opinions, voire sa façon de parler ou d'agir.
- Les croyances de la personne manquent de consistance et sont nettement contradictoires.
- La personne affirme adopter une conduite ou ressentir des émotions qui ne vont pas avec ce qu'elle est.
- La personne a du mal à dire si ce qu'elle raconte est réellement arrivé ou s'il s'agit du fruit de son imagination.
- La personne se sent vide intérieurement.
- La personne dit avoir beaucoup de mal à tolérer la solitude.
- La personne dit craindre de se briser en morceaux.
- La personne dit avoir eu une expérience religieuse qui a bouleversé profondément sa vie.
- La personne mentionne que lorsqu'elle est frustrée ou en colère, il lui arrive de faire des choses qu'elle considère socialement inacceptable (ex. : provoquer les autres, faire des crises, briser des choses, etc.).
- La personne mentionne avoir toujours eu des doutes sur son orientation sexuelle.

Énoncés relatifs à la catégorie B : Aspect social : concept et représentation de l'autre

- La personne craint de perdre sa propre identité dans les relations intimes.
- La personne dit entretenir des relations avec des gens qu'elle ne connaît pas vraiment, simplement parce qu'il lui est difficile de dire non.
- La personne est surprise, lorsqu'elle s'investit auprès des gens, de réaliser ou de découvrir ce qu'ils sont en réalité.
- La personne projette aux autres une image qui ne correspond pas vraiment à ce qu'elle est réellement.
- La personne vous dit que ses proches seraient surpris de constater à quel point elle se comporte différemment lorsqu'elle n'est pas en leur compagnie (catégories A et B).
- La personne mentionne que les gens lui ont déjà dit qu'elle était changeante, tantôt amicale et enjouée, tantôt indifférente et froide.
- La personne mentionne qu'il lui est souvent arrivé de demeurer dans des relations avec des gens qui ne lui convenaient pas simplement parce qu'elle ne pouvait pas leur dire non.
- La personne considère avoir beaucoup de difficulté à dire non à ses amis, même pour des choses qui ne lui conviennent pas parce qu'elle a peur d'être mal jugée ou d'être rejetée.

Énoncés relatifs à la catégorie C : Autodirection : absence/présence de buts, de projets de vie, d'intérêts

- La personne choisit des activités et des passe-temps puis les abandonne.
- La personne a de la peine à se projeter dans le temps (sentiment de continuité temporelle) et à se remémorer ce qu'elle fait au jour le jour.
- La personne a du mal à raconter son histoire. Le récit de vie est décousu et inconsistant (absence de fil conducteur, de trame).
- La personne considère qu'elle a toujours eu tendance à suivre les idées des autres parce qu'elle n'en avait pas ou parce qu'elle ne voulait pas que ses amis la laissent ou l'abandonnent.
- La personne mentionne n'avoir jamais su ce qu'elle voulait faire de sa vie.
- La personne réalise, en regardant sa vie, qu'elle n'a pas de passe-temps ni d'intérêts, comme la plupart des gens qu'elle connaît.
- La personne mentionne que dans sa vie professionnelle, elle a souvent changé d'emploi simplement parce qu'elle n'arrivait à se sentir à sa place là où elle était.

Manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi

Kernberg[5] considère aussi un ensemble de manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi dans l'évaluation de la diffusion de l'identité. Il s'agit du manque de tolérance à l'angoisse, du manque de contrôle pulsionnel et du manque de développement des voies de sublimation. Étant donné que la diffusion de l'identité est une caractéristique essentielle des personnes ayant une organisation limite de la personnalité, il peut être utile de rappeler en quoi consistent ces manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi.

Le manque de tolérance à l'angoisse

Il est possible de repérer le manque de tolérance à l'angoisse par l'observation de l'importance des réactions inhabituelles de l'individu qui fait face à un surcroît d'angoisse (ex. : formation de nouveaux symptômes, apparition de conduites inhabituelles, conduites régressées). Autrement dit, il faut être attentif à la survenue de conduites inhabituelles lorsque l'individu est placé dans une situation tendue qui requiert de puiser dans ses ressources adaptatives. L'évaluation de ce critère est plutôt difficile, notamment chez les personnes angoissées de manière chronique, et il faut parfois plusieurs semaines de suivi avant de pouvoir se prononcer avec une certaine assurance.

Exemples d'énoncés pour repérer le manque de tolérance à l'angoisse :

- La personne vous dit que de façon générale, elle a beaucoup de difficulté à tolérer les délais et les attentes.
- La personne vous dit qu'elle a souvent de la difficulté à dormir la nuit parce qu'elle est préoccupée par toutes sortes de choses.
- La personne vous dit avoir souffert de crises d'anxiété ou d'attaques de panique.
- La personne vous mentionne que les gens lui disent qu'elle s'inquiète pour des riens.

Le manque de contrôle pulsionnel

Le manque de contrôle pulsionnel renvoie à la capacité de la personne de vivre des exigences pulsionnelles ou de fortes émotions sans avoir à passer à l'acte immédiatement contre le meilleur de son jugement et de ses intérêts (Kernberg, 19786). Il est important de tenter d'évaluer le caractère égosyntone des manifestations impulsives. Les pulsions qui sont extériorisées de manière répétitive induisent-elles un quelconque malaise affectif (étonnement, culpabilité, désir de réparer)? Les débordements impulsifs sont-ils mis en lien avec le reste de l'expérience de soi ou restent-ils dissociés de l'expérience globale? Les réponses à ces questions peuvent aider à déterminer si nous sommes en présence d'un individu ayant un véritable manque de contrôle pulsionnel.

5. O.F. Kernberg, *Les troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod, 1997.
6. O.F. Kernberg, « Le diagnostic structural des états-limites », *Interprétation*, n^{os} 22-23, 1978, p. 165-198.

Exemples d'énoncés pour reconnaître le manque de contrôle pulsionnel :

- La personne vous dit que plusieurs de ses proches lui ont déjà mentionné qu'elle avait de la difficulté à contrôler ses émotions.
- La personne mentionne avoir déjà souvent brisé des choses et s'être comportée de manière inadéquate (ex. : crier, frapper des choses, etc.) lorsqu'elle était en colère.
- La personne mentionne prendre souvent des décisions sur un coup de tête.
- La personne vous dit qu'elle s'emporte facilement.
- La personne vous dit que lorsqu'elle est nerveuse, elle tend à prendre de l'alcool ou de la drogue pour se calmer.
- La personne vous dit que lorsqu'elle est sous pression, il lui arrive fréquemment de « sauter les plombs » et de réagir de façon inappropriée (ex. : dire des paroles blessantes, s'automutiler).
- La personne vous dit qu'il lui est souvent arrivé d'avoir des comportements destructeurs.

Le manque de développement des voies de sublimation

L'efficacité sublimatoire renvoie à la capacité de la personne d'investir dans des valeurs situées au-delà de ses intérêts immédiats, notamment la possibilité de développer ses capacités créatrices dans des domaines qui vont au-delà des limites de son milieu, de sa formation et de son éducation (Kernberg, 19787). L'évaluation de ce critère est rendue difficile parce qu'il faut tenir compte de l'entourage social de la personne (ex. : a-t-elle grandi dans un milieu très carencé, qui a limité les possibilités de sublimation?) et comparer ses possibilités de sublimation à ce qu'elle a réussi à atteindre. Le plaisir de créer et la réalisation de cette créativité sont les principaux aspects de cette capacité de sublimation.

Exemples d'énoncés pour repérer le manque de développement des voies sublimatoires :

- La personne vous dit qu'elle a peu d'intérêts et de projets dans la vie.
- La personne vous dit que depuis qu'elle est enfant, elle a toujours aimé collectionner diverses choses.
- La personne vous dit qu'elle aime prendre du temps seule pour s'adonner à la lecture.
- La personne vous dit qu'elle pratique régulièrement des activités sportives ou des loisirs divers.
- La personne vous dit que quand elle a beaucoup d'énergie ou qu'elle ressent trop de tension, elle se détend en faisant des passe-temps (ex. : musique, mots croisés, sports, etc.).

7. *Ibid.*

Tableau 1 : Diffusion de l'identité

Structures de la personnalité		
Névrotique	**Limite**	**Psychotique**
Les représentations de soi et des autres sont bien délimitées.		Les représentations de soi et des autres sont mal délimitées ou il y a une représentation délirante de l'identité.
L'identité est intégrée : les représentations contradictoires de soi et d'autrui sont intégrées dans des conceptions globales.	L'identité est diffuse. Les représentations contradictoires de soi et d'autrui sont mal intégrées et sont maintenues séparées.	

Texte 12
Évaluation des mécanismes de défense

Tremblay, G., 2017, *Évaluation des mécanismes de défense*

Dans le présent document, nous définissons les principaux mécanismes de défense et donnons des exemples de manifestations cliniques. Nous distinguons entre eux les différents mécanismes de défense et les illustrons à partir d'énoncés.

Nous répartissons d'abord dans le tableau 1 ci-dessous dix-huit mécanismes de défense sous chacune des structures de personnalité. Malgré que les mécanismes de défense soient placés directement sous une structure ou sous une autre, cela ne signifie pas qu'ils soient strictement utilisées par une structure particulière.

Tableau 1 Les mécanismes de défense selon les trois structures de la personnalité

Névrotique		État limite	Psychotique
Histrionique	Obsessif-compulsif		
Refoulement	Isolation de l'affect	Clivage	
	Annulation rétroactive	Omnipotence	
Dissociation	Formation réactionnelle	Déni	
Déplacement		Dépréciation	
Négation		Dissociation	
Intellectualisation		Idéalisation	
Rationalisation		Identification projective	
		Identification introjective	
		Projection	
		Passage à l'acte	

1. Annulation rétroactive

1.1 Définition

Mode de réponse aux conflits émotionnels ou au stress interne ou externe qui consiste à adopter un comportement, dire quelque chose, faire ou imaginer une action qui viendrait annuler, nier ou corriger symboliquement des pensées, des conduites ou des sentiments porteurs de conflits et d'angoisse. Il s'agit en quelque sorte d'une illusion qui amène l'individu à penser qu'il peut annuler ou détruire rétroactivement un événement, une action ou un souhait. Avec cet acte réparateur, l'individu tente d'échapper à la souffrance du conflit et de minimiser sa détresse. L'annulation rétroactive ne vise pas uniquement les conséquences désagréables de l'événement angoissant, mais l'événement lui-même. Cette manœuvre défensive, qui est basée sur la notion d'ambivalence, peut se retrouver dans la pensée magique et la superstition et sous des formes atténuées

dans les coutumes populaires et les rites religieux. L'individu essaie, pour ainsi dire, de conjurer le sort, c'est-à-dire d'éliminer l'angoisse qui résulte de l'apparition de pensées ou de sentiments inacceptables. L'annulation rétroactive ne doit pas être confondue avec le désir de réparer, les regrets ou les remords. Ceux-ci n'ont rien de pathologique lorsque la situation le justifie (Ionescu, Jacquet et Lhote, 1997[1]). L'annulation rétroactive, la formation réactionnelle, l'isolation et le déplacement sont des défenses fréquemment observées dans la névrose obsessionnelle.

1.2 Manifestations

L'annulation rétroactive[2] se présente sous trois formes différentes :

- Une succession de deux formules verbales ou de deux conduites différentes dans laquelle la seconde vient annuler la première dans l'esprit de son utilisateur. La déclaration initiale est suivie de précisions qui viennent annuler ou effacer la première affirmation.
  - Exemple : « Je t'aime, je te hais ».
  - Exemple : Un père décrit son fils comme un vaurien qui abuse d'autrui, mais qui ajoute : « mais attention, c'est un gars honnête qui a le cœur à la bonne place ».
  - Exemple : Une femme qui commence presque invariablement ses phrases par une remarque qui vient atténuer, annuler la portée de son message ou encore exprimer le contraire : « Je ne veux pas vous dénigrer, mais sachez que… ».
  - Exemple : Un client qui sort du bureau du médecin en disant : « Je ne voudrais pas vous déranger avec ce détail sans importance parce que je sais bien que vous êtes débordé, mais j'ai oublié de vous mentionner que… ».
  - L'action qui possède le pouvoir magique de destruction doit être l'inverse de la première.
  - Exemple : L'individu qui lance du sel au-dessus de son épaule pour conjurer un mauvais sort.
  - Exemple : L'individu qui tente de chasser sa culpabilité en achetant un cadeau à sa conjointe tout juste après l'avoir trompée ou avoir perdu une somme d'argent importante en jouant aux cartes.
- L'expérience désagréable est répétée en inversant les rôles.
  - Exemple : La victime qui se transforme en agresseur en inversant les rôles.

    (Cette troisième manifestation de l'annulation rétroactive, qui met l'accent sur l'inversion et le renversement des rôles, est davantage connue sous l'appellation « identification à l'agresseur ».)

1. S. Ionescu, M.M. Jacquet et C. Lhote, *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*, Paris, Nathan, 1997.
2. *Ibid.*

1.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La FORMATION RÉACTIONNELLE : dans certains cas, l'annulation peut être définitive par la transformation d'un sentiment en son contraire (ex. : la pitié au lieu de la cruauté). On parlera alors de formation réactionnelle et non plus d'annulation rétroactive. La formation réactionnelle diffère de l'annulation rétroactive par le fait que seul l'affect substitué est mis en évidence et qu'on doit inférer l'affect original. Dans l'annulation rétroactive, la personne exprime des pulsions, des sentiments ou des affects opposés en alternance, sans formation de compromis. L'affect substitué et l'affect original sont présents.

Le CLIVAGE : l'annulation rétroactive et le *clivage* impliquent des conflits qui renvoient à des vécus opposés ou contraires. Cependant, dans l'annulation rétroactive, les oppositions et les contradictions demeurent dans la conscience du sujet alors que dans le clivage, le sujet n'a pas conscience de la contradiction exprimée. Dans l'annulation rétroactive, l'expression d'un affect ou d'une pulsion est souvent suivie immédiatement de son opposé alors que dans le clivage, l'opposition est souvent différée. La deuxième déclaration vient immédiatement contredire, désavouer ou réparer la première. La notion de proximité temporelle est importante à considérer. Dans l'annulation rétroactive, les deux oppositions à l'origine du conflit n'alternent pas dans le temps comme dans le clivage et leur coexistence peut d'ailleurs entraîner des dissonances cognitives que l'observateur ne manquera pas de noter.

2. Clivage

2.1 Définition

Le clivage[3] est un mécanisme de défense par lequel le Moi opère une division de lui-même (clivage du Moi) ou de l'objet (clivage de l'objet[4]) en réponse à une menace angoissante ou à une réalité dangereuse. Les deux parties du Moi ou de l'objet ainsi scindé peuvent désormais coexister, mais de manière indépendante, évoluant en parallèle, sans se rencontrer ni se menacer mutuellement. L'individu ne parvient pas à intégrer ses propres qualités et ses défauts, ni ceux d'autrui dans des conceptions cohérentes. Cette coupure du Moi ou de l'objet en deux parties entièrement bonnes ou mauvaises se manifeste par des renversements aussi soudains qu'imprévisibles des sentiments au sujet de soi-même ou de l'objet, des conceptions opposées où alternent l'idéalisation et la dévalorisation sans que l'individu en soit vraiment conscient. L'instant présent occupe une place surdéterminée dans l'espace psychique, freinant ainsi l'accès au rappel de souvenirs et d'images passées qui pourraient servir à temporiser la détresse actuelle. Bien qu'il puisse agir comme un outil visant à préserver le Moi d'un conflit trop grand, le clivage condamne par ailleurs la personne à ne pas avoir accès à toutes ses parties de façon unifiée. Un recours trop fréquent ou trop rigide à ce mécanisme de défense entraîne un appauvrissement de la capacité de la personne à avoir des points de vue, des attentes et des sentiments nuancés, réalistes, cohérents et intégrés.

3. S. Ionescu, M.-M. Jacquet et C. Lhote, *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*, Paris, Nathan, 1997.

4. Dans la théorie psychanalytique, le mot « objet » (ex. : relation d'objet) doit être entendu dans une acception très large. Il peut s'agir d'un objet ou d'un animal, mais la plupart du temps, ce mot sert à désigner une autre personne.

2.2 Manifestations

Le clivage du Moi ou de l'objet se manifeste de diverses façons. Il importe d'être particulièrement attentif aux indices suivants : 1) descriptions opposées de soi, des autres ou des situations qui manquent nettement de réalisme et qui entraînent des contradictions évidentes, 2) incapacité de reconnaître les contradictions et les incohérences évidentes dans les descriptions qui sont faites, 3) négation ou minimisation de l'importance à accorder aux affirmations contradictoires reflétées par l'interlocuteur, 4) idéalisation qui se transforme plus tard en dévalorisation, 5) incapacité à percevoir des attributs positifs et négatifs en même temps, 6) reconnaissance d'oscillations manifestes dans les descriptions de soi, des autres ou des situations sans que cela n'influence l'état d'esprit actuel ou n'ait de conséquences sur le plan émotionnel.

2.2.1 Clivage du Moi

L'emploi du clivage du Moi se traduit chez un individu par son incapacité à avoir une image ou une conception de soi relativement unifiée et cohérente. Ces images sont divisées en des positions opposées qui se révèlent ou bien « toutes bonnes » (ex. : aimant, digne, puissant, plein de bons sentiments) ou « toutes mauvaises » (ex. : détestable, faible, impuissant, indigne, etc.). Ces prises de position dichotomiques, comme les affects qui les accompagnent, surviennent de manière imprévisible et constituent un frein à l'intégration du soi.

Selon Kernberg (1975, voir Chabrol et Callahan, 20045), le clivage est un mécanisme de défense primitif au centre de l'organisation défensive des troubles limites et psychotiques. De plus, ce mécanisme défensif permet de rendre compte de certains critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite décrit dans le DSM (ex. : critère 2 : instabilité et intensité des relations interpersonnelles caractérisées par l'alternance entre l'idéalisation et la dépréciation; critère 3 : instabilité importante de l'image de soi marquée par des changements soudains des conceptions de soi, des projets, des attitudes, des comportements; critère 5 : gestes suicidaires ou automutilations répétées; critère 6 : instabilité affective; critère 7 : sentiment chronique de vide; critère 9 : dissociation temporaire).

- Exemple : Lors d'une pause-café, un collègue de travail vous dit que son supérieur hiérarchique vient de refuser les conclusions du rapport qu'il vient de lui présenter. Il se met subitement à se dévaloriser et à voir dans cette réponse une manifestation évidente de son manque de jugement et de valeur personnelle. Pourtant, quelques minutes auparavant, il vous avait raconté sa fin de semaine au chalet et avait mentionné que ses voisins avaient grandement apprécié son aide dans la rénovation de leur terrasse. Lorsque vous lui rappelez ce qu'il vous a dit plus tôt, il se dit conscient de cette apparente contradiction, mais cela ne change rien à son état affectif du moment.
- Exemple : « Je me fous de ce qu'on peut dire de moi au bureau, je sais que ça vaut rien, ce que j'ai fait [...] je savais que j'allais me planter dans ce dossier-là! » Plus tard, en cours de conversation, les propos sont complètement renversés : « De toute façon, dans l'équipe, il n'y a que moi qui travaille aussi fort. Je reste le meilleur! »

5. H. Chabrol et S. Callahan, *Mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod, 2004.

- Exemple : Une femme est décrite par plusieurs personnes crédibles comme étant souvent méchante et violente envers ses proches. Lors de l'entrevue, elle affirme, d'un ton tout à fait sincère : « Ce n'est pas vrai, il n'y pas de personne plus gentille que moi au monde. C'est moi la victime, j'ai tout fait pour eux ».

2.2.2 Clivage de l'objet

- Exemple : La femme qui n'obtient pas ce qu'elle veut d'un intervenant se met subitement à le dépeindre de façon uniquement négative alors qu'à l'ordinaire, elle l'aime bien et le décrit positivement.
- Exemple : En début d'entrevue, un homme dit aimer sa femme. Plus tard, lorsqu'il est confronté à un élément conflictuel en lui, il en vient à dire que sa femme est stupide et qu'elle ne comprend rien à son problème. En recourant au clivage, le sujet s'évite de vivre des dissonances cognitives qui ne feraient que le rendre encore plus anxieux.

2.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Il faut rappeler que le clivage est un mécanisme de défense inconscient. Ainsi, l'individu qui, dans un même élan, affirme aimer et détester sa mère ne fait pas du clivage. En fait, il se trouve à décrire les nombreux sentiments qui peuvent nous habiter face à une personne. De plus, l'individu demeure pleinement conscient de ces sentiments contradictoires et les assume pleinement. Le mécanisme de clivage sera plutôt mis en évidence lorsque, par exemple, un individu mentionne, à propos d'une intervenante, qu'elle est la meilleure infirmière qu'il connaisse alors que plus loin, durant l'entrevue, il dira, sans réaliser la contradiction, que cette intervenante est incompétente et qu'elle ne vaut rien. Ce puissant mécanisme de défense peut semer la zizanie et la confusion dans une équipe de soignants lorsqu'il n'est pas correctement reconnu, du fait qu'il implique souvent le passage d'une idéalisation à une dévaluation de l'objet ou encore une appréciation contrastée de deux personnes, dont l'une est perçue positivement et l'autre négativement.

La DÉPRÉCIATION : dans la *dépréciation* et le clivage, l'individu écorche un objet en en faisant une description négative. La dépréciation et le clivage se démarquent cependant l'un de l'autre sur certains points. Dans la dépréciation, l'individu ne se montre pas intéressé ni préoccupé par le mauvais objet. Il n'apparaît pas vulnérable face à ce qui a été déprécié. En revanche, l'individu qui clive demeure activement préoccupé par les aspects négatifs du mauvais objet, comme s'il en redoutait la malveillance, la puissance ou la dangerosité. Cette inquiétude montre également qu'il demeure vulnérable aux possibles attaques de ce mauvais objet.

En comparaison avec la dépréciation ou l'idéalisation, le clivage exerce une fonction d'annihilation des descriptions opposées à celles qui sont effectuées. Ainsi, le sujet qui clive se voit incapable de reconnaître les autres réalités de l'objet alors que dans la dépréciation et l'idéalisation, les autres réalités de l'objet (bonnes ou mauvaises) sont plutôt minimisées par rapport aux descriptions qui sont faites. En ce sens, dans la dépréciation et l'idéalisation, les descriptions contraires sont encore présentes dans la conscience du sujet. Enfin, contrairement à l'*annulation*, où les représentations opposées peuvent être reconnues par le sujet, dans le clivage la reconnaissance des descriptions contraires n'a pas lieu. Tout autant, dans le clivage, il est rare que les oppositions s'effectuent de façon immédiate, comme c'est souvent le cas pour l'annulation.

L'ANNULATION RÉTROACTIVE : dans l'*annulation rétroactive*, l'individu affirme quelque chose en rapport avec une personne, une situation ou un événement puis se reprend et se rétracte, comme s'il voulait effacer rapidement ce qui vient d'être exprimé. De plus, il peut être conscient de la contradiction apparente de ses propos et de la dissonance cognitive qui en résulte. Ces deux conditions sont habituellement absentes dans le clivage. Il n'y a habituellement pas de proximité ou de juxtaposition temporelle dans les oppositions et les contradictions et les déclarations opposées de l'individu demeurent inconciliables.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE : le clivage et l'*identification projective* sont similaires en ce sens que leur utilisation donne lieu à des perceptions faussées de l'objet, qui peuvent être très négatives ou très positives. Le résultat final est donc semblable dans les deux cas. Ces deux mécanismes se distinguent cependant l'un de l'autre dans le processus qui a donné ce résultat. Dans l'identification projective, l'individu reconnaît le sentiment précis ou la pulsion qui est en cause même s'il en attribue faussement l'origine à l'autre (ex. : « C'est vrai que je vous en veux, dira le patient à son thérapeute qui est arrivé en retard, mais si vous n'étiez pas choqué après moi, vous seriez arrivé à l'heure! »). L'individu projette sur l'objet quelque chose qui lui est inacceptable puis s'identifie à cette projection. Dans le clivage, le déroulement séquentiel est nettement moins évident parce que l'individu ne reconnaît pas ses sentiments ou ses besoins. Celui-ci pourra dire : « Je ne suis pas en colère contre cette personne, c'est simplement qu'elle est méchante et mauvaise ».

3. Déni

3.1 Définition

Le déni consiste à refuser la reconnaissance de certains aspects de la réalité externe ou de l'expérience subjective pourtant évidents pour autrui, parce qu'ils sont vécus comme dangereux, menaçants et pénibles pour le Moi. La réalité est ainsi déformée au profit d'une réalité imaginaire qui satisfait le désir ou qui éloigne la menace.

3.2 Manifestation

La femme qui nie avoir le cancer, prétextant que tous les médecins qu'elle a vus sont incompétents. L'antisocial qui dit n'avoir aucun problème alors qu'il est recherché par la police, n'a pas d'argent ni d'endroit pour vivre et que sa conjointe vient de le quitter. Le paranoïaque qui se dit suivi et espionné par le FBI et qui refuse de reconnaître la réalité même lorsque des exemples concrets lui sont fournis à l'effet qu'il erre. Le psychotique qui croit que tous les êtres humains sont des machines en vient à dénier le caractère humain des gens. Le schizophrène qui, en compagnie de sa mère chez le médecin, dit : « Je m'excuse, elle n'est pas ma mère, je n'ai jamais eu de mère ».

Voici d'autres exemples de déni névrotique tirés d'entrevue : « J'ai toujours respecté les règles ». Plus tard dans l'entrevue, la personne en vient à dire : « Mon patron, je l'ai souvent envoyé promener. Il était pas pour me dire comment faire ma job ». « Moi, je jase avec tout le monde ». Plus tard en entrevue : « Je veux rien savoir des gens sur le bien-être social. Pas question de discuter avec eux ». « [...] j'ai jamais eu de problèmes avec personne ». Plus tard en entrevue : « J'ai été

arrêté pour voie de fait mais je l'avais simplement poussé ». Intervenant : « Autre dossier criminel? » Réponse : « Quelques petits délits de fraude dans des dépanneurs [...] ».

3.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

L'ANNULATION RÉTROACTIVE et la NÉGATION : il importe de bien différencier le déni de l'*annulation rétroactive* et de la *négation*. Dans le déni, il s'agit d'éliminer une représentation embarrassante non en effaçant (annulation) ou en refusant de la reconnaître comme nous concernant (négation), mais en niant ici la réalité même de la perception liée à cette représentation.

Le REFOULEMENT : dans la même foulée, le déni se distingue du *refoulement* par le fait que dans le premier cas, il y a une volonté inconsciente d'éliminer la source du conflit alors que dans le refoulement, il s'agit d'un oubli. La patiente qui oublie son rendez-vous chez le dentiste fait preuve de refoulement alors que le maniaque qui refuse obstinément de reconnaître qu'il est malade fait un déni massif de sa condition réelle.

La FORMATION RÉACTIONNELLE : par ailleurs, contrairement à la *formation réactionnelle*, celui qui exerce un déni ne transforme rien en son contraire, il ne fait que nier l'existence de quelque chose.

La DISSOCIATION : enfin, on peut distinguer le déni de la *dissociation* par le fait que dans celle-ci, c'est toute la sphère du vécu de la personne qui est modifiée alors que dans le déni, le fonctionnement normal de la personne demeure intact. En ce sens, l'état limite qui nie férocement être en colère et insulte un intervenant en se disant plutôt victime, pourra être pleinement fonctionnel et adapté tout de suite après dans une autre situation (ex. : jouer aux cartes avec d'autres personnes et être très approprié).

4. Déplacement

4.1 Définition

Le déplacement consiste en une opération psychique inconsciente par laquelle une charge affective (émotion, pulsion) est transférée ou déplacée de son objet véritable sur un élément substitutif. Le déplacement permet d'exprimer un affect ou une pulsion envers une personne ou un objet qui représente une moindre menace pour le Moi.

4.2 Manifestation

Le déplacement est mis en évidence par le comportement ou le discours d'une personne, mais encore faut-il parfois connaître ce qui au départ est à la source de ce déplacement. Par exemple, l'enfant à qui on enlève le sein maternel suce son pouce. L'employé, dans l'impossibilité d'exprimer sa colère à l'endroit de son patron et qui, sans s'en rendre compte, détourne sa colère sur un subalterne fait usage de déplacement. Dans le premier cas, la perte de l'objet (le sein) crée une angoisse et le déplacement de l'énergie du sein au pouce réduit la tension. Dans le second cas, l'employé est angoissé à l'idée que s'il exprime sa colère, son patron va peut-être le virer. Pris avec cette charge affective, il la déplace sur un subalterne afin de se dégager de ses sentiments pénibles. L'employé pourrait être surpris d'apprendre qu'il a fait un déplacement et pourrait même

nier catégoriquement avoir été bête avec son subalterne, ce qui, par ailleurs, serait une autre défense (déni) à déceler.

Sans connaître directement la cause d'un déplacement, celui-ci pourrait être inféré à partir de certaines observations. Par exemple, l'individu qui lors d'une entrevue semble se soucier considérablement de quelques détails de son histoire alors qu'il réagit peu ou pas à d'autres faits nettement plus importants pourrait déplacer les enjeux de ses conflits pour en diminuer la charge affective. Une infirmière qui fait tout en son pouvoir pour venir en aide et plaire à un patient âgé qu'elle ne connaît pourtant pas. Au fil de l'entrevue, on réalise que cet homme est pratiquement une copie de son père à elle.

4.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La DISSOCIATION : contrairement à la *dissociation*, où la conscience du sujet et sa personnalité sont transformées de façon radicale, dans le déplacement, seul l'objet de la pulsion ou de l'affect est transformé, laissant intact le fonctionnement typique de la personnalité.

La PROJECTION : dans le mécanisme de *projection*, on retrouve un déni massif de ses propres désirs inconscients ou affects pour les attribuer à un autre, alors que dans le déplacement, l'affect ou la pulsion n'est pas nié, il est simplement détourné ou transféré d'un objet à l'autre.

L'AGRESSIVITÉ PASSIVE : enfin, il faut distinguer le déplacement de l'*agressivité passive*. Dans ce dernier cas, le sujet démontre de l'hostilité envers les gens qui le frustrent ou le déçoivent mais l'objet demeure le même.

5. Dévalorisation (synonyme : dépréciation, dévaluation)

5.1 Définition

Comme l'indique son nom, la dévaluation consiste en une dévalorisation de soi ou de l'objet. L'individu gère donc ses conflits internes en s'attribuant à lui-même ou à autrui des défauts exagérés. La dépréciation fait en sorte que l'individu repousse de sa conscience ses désirs, ses souhaits afin de se protéger de la déception, de l'humiliation, de sombrer davantage dans des sentiments d'impuissance, de nullité, etc. En se dépréciant lui-même à l'avance ou en dépréciant autrui, le sujet tend à s'immuniser contre la souffrance, tel un vaccin contre la grippe. La souffrance fait moins mal quand on s'y attend.

5.2 Manifestation

La dévaluation peut être tournée soit contre le Moi soit contre l'objet. Dans les deux cas, elle vise à réduire ou à éliminer une tension que le Moi se sent incapable de gérer autrement. Par exemple, un individu à qui l'on demande de faire un dessin sans qu'on lui dise que cela soit important ou non et qui, spontanément, dit ne pas être bon en dessin pourrait se défendre contre la peur d'être humilié s'il fallait qu'on se moque de sa production. À la différence, si la personne ne faisait que répondre à une question visant à savoir s'il est bon en dessin, on comprend alors qu'une réponse négative de sa part serait plutôt une description de ce qu'il croit être ses forces et ses faiblesses. Dans ce cas-ci, on ne pourrait pas parler de dévaluation comme telle. Par contre, si la personne

insiste trop, comme dans l'exemple suivant : « Je suis pourri en dessin, à vrai dire, je n'ai aucun talent ni aucune qualité », on serait à même de constater que cela est foncièrement exagéré et que cette personne a recours à la dépréciation.

Dans l'appréciation de la dépréciation tout comme pour l'idéalisation d'ailleurs, il convient de repérer l'*insistance* d'un individu à se dépeindre soi-même ou de décrire autrui de façon trop défavorable ou trop favorable. Cette insistance peut révéler la présence d'une perception irréaliste. Un autre aspect consiste au caractère *inattendu* ou surprenant des propos. En effet, lorsqu'en début d'entrevue, une femme tend à décrire une personne de façon très idéalisée (ex. : « c'est une très belle fille, vous devriez lui voir les cheveux tellement ils sont beaux, je vous le dis, elle est superbe ») et que plus loin, dans l'entrevue, la femme dit spontanément : « [...] elle se pense belle mais vous devriez lui voir le nez, un oiseau pourrait s'y percher », on peut être surpris de ce changement d'attitude face à l'objet. Dans cet exemple précis, on notera à la fois de l'idéalisation et de la dépréciation, ce qui constitue de plus un clivage.

Les exemples ci-dessous peuvent être utiles pour repérer les défenses liées à la dépréciation et à l'idéalisation.

Dépréciation	**Idéalisation***
« Je suis laide et stupide, personne ne pourra jamais m'aimer. »	« Ma mère, c'était une sainte, elle n'avait aucun défaut. »
« Elle ne sait pas de quoi elle parle. Niaiseuse de même, ça ne se trouve pas à tous les coins de rue. C'est à cause d'elle si je n'ai pas réussi. »	« Vous devriez voir sa maison, quand je vous dis une maison, je ne vous parle pas d'un bungalow, c'est un vrai bijou, comme tout ce qu'il possède d'ailleurs. Il est très connu, vous savez. »
Le sujet se dévalorise ou dévalorise autrui sans pouvoir vraiment justifier ses réponses. Tout semble plus terne que ne le voudrait la réalité quand le sujet y va de ses commentaires.	Le sujet s'idéalise ou idéalise l'objet sans tenir compte d'aucune nuance. Tout semble plus grand que nature dans l'attitude et la façon du sujet de s'exprimer.
Le sujet déprécie fréquemment les bonnes actions des autres et ne laisse pas ou alors très peu de place à d'autres thèmes de la discussion.	Le sujet parle fréquemment d'une personne importante comme si elle était une amie intime de ce dernier alors que ce n'est pas le cas.
La femme qui ne cesse de déprécier toutes les possibilités que l'intervenant lui offre pour se sortir de ses difficultés. Rien ne semble assez bon pour elle.	La personne complimente l'intervenant ou d'autres personnes de façon trop accentuée.
Le jeune homme qui se trouve toutes sortes de défauts en disant que jamais il n'aura l'emploi recherché.	La femme qui caresse le rêve qu'elle va être aimée de quelqu'un qui tend plutôt à profiter d'elle.
« Son garçon, c'est un monstre, je le déteste, je vous le dis, il me lève le cœur. Je peux pas le sentir ».	Un sujet qui, devant faire face à ses difficultés, fait mention qu'il connaît des personnes importantes pouvant le sortir de ses difficultés.

* Dans le cas de l'idéalisation, certains exemples peuvent être de l'ordre de l'omnipotence. Il s'agit alors en entrevue de vérifier l'intensité de la défense, l'attitude du sujet et les données générales de l'entrevue.

5.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Une mise en garde s'impose ici. Ce n'est pas parce qu'une personne dit des choses négatives qu'elle utilise nécessairement la dépréciation. De fait, cela ne pourrait être qu'une description d'une certaine réalité. En effet, dire par exemple qu'une personne est malpropre ou violente est peut-être seulement une évidence dont tous les proches de cette personne seraient en mesure de reconnaître la véracité. De nouveau, il faut se rappeler que les mécanismes de défense sont, pour la plus grande partie, des phénomènes inconscients, qui échappent sur le coup à la vigilance de la personne.

La PROJECTION : contrairement à la *projection,* le sujet qui déprécie ne demeure pas fasciné ou sous le joug de l'objet et ce du fait que, dans la projection, ce qui est projeté appartient justement à celui qui use de cette défense. En outre, plus un sujet déprécie l'objet et plus il peut s'en distancer.

Le CLIVAGE : par ailleurs, la dépréciation se distingue du *clivage* en ce sens que pour celui qui dévalue, la reconnaissance du contraire, à savoir que le Moi ou l'objet peut aussi être bon, demeure, alors que dans le clivage, la coexistence des oppositions ne peut tenir. Enfin, la dépréciation ne constitue qu'une partie du clivage. Au fil du temps, l'idéalisation pourra peut-être supplanter la dépréciation dans le clivage, où de nouveau le contraire sera complètement évacué et le sujet ne pourra cette fois que se percevoir lui-même ou percevoir autrui de façon uniquement idéalisée.

6. Dissociation

6.1 Définition

Le mécanisme de dissociation définit une dislocation de la personnalité, une rupture d'harmonie du moi et prend souvent, pour l'examinateur externe, un aspect plus dramatique ou bizarre que le phénomène de clivage. Parfois utilisé comme synonyme de clivage, le terme de dissociation devrait surtout être réservé pour décrire un phénomène de dédoublement ou d'effacement du Moi, observable principalement dans des états psychotiques aigus, dans certains cas d'hystérie sévère, de stupeur, d'amnésie, de fugue, de perte de connaissance, de personnalité multiple, etc. Ce mécanisme sert à éviter d'être en contact avec des éléments jugés trop pénibles à gérer par le Moi. Il peut aussi s'avérer un mécanisme de survie psychologique dans des situations hautement traumatiques.

6.2 Manifestation

On n'a qu'à penser au patient psychotique qui se proclame Dieu ou le démon, à l'hystérique ou l'amnésique qui ne reconnaît plus ses proches et ne se souvient plus de son identité, aux cas de personnalité multiple où coexistent plusieurs personnalités dont chacune n'a pas accès aux autres, ce qui implique de plus une forme de clivage. En entrevue, on portera une attention particulière aux propos des gens qui rapporteront des épisodes particuliers d'automatisme, de réaction impulsive, de perte de connaissance soudaine, etc. (ex. : « je ne sais pas ce qui m'a pris, je crois que j'avais complètement perdu la tête »; « je ne me souviens de rien, c'est comme un rêve »; « tout s'est passé rapidement, il y avait beaucoup de personnes autour de moi et puis soudain, j'ai perdu

connaissance »; « c'est pas moi qui agissais, on aurait dit que quelqu'un d'autre contrôlait mon corps et mon esprit »; « je m'excuse, je ne comprends plus rien, mon esprit ne fonctionne plus »).

L'homme qui rapporte être somnambule la nuit, l'autre qui fugue de la maison sans être capable d'en expliquer la raison, l'autre encore qui dit avoir dormi sur son quart de travail alors qu'il devait surveiller une chose très importante, sont tous des exemples de dissociation temporaire. La femme qui raconte comment son esprit a pu quitter son corps au moment de subir un viol particulièrement traumatisant ou cette autre femme qui, souffrant du syndrome de femme battue, en vient à tuer son mari comme par automatisme sont d'autres exemples de dissociation.

6.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Bien qu'on observe parfois de la dissociation dans des états hystériques, à la différence des états psychotiques, cette réaction chez l'hystérique est souvent soudaine ou inattendue, de courte durée, et le rétablissement est souvent rapide et remarquable. Chez le psychotique, l'état de dissociation peut être d'une durée plus longue, le rétablissement est souvent plus long à s'opérer et la condition du patient est plus chronique. Tout autant, on remarquera que la dissociation chez l'individu limite est souvent aussi un phénomène transitoire et la condition du patient s'améliore plus rapidement que chez le schizophrène. De plus, pour ce qui est du diagnostic différentiel, la dissociation sera généralement accompagnée des autres défenses typiques à la structure de personnalité en cause. Ainsi, chez l'hystérique, lorsque la crise est passée, la dissociation laissera souvent place au refoulement et à d'autres défenses supérieures alors que dans les structures plus régressées, la dissociation sera accompagnée de mécanismes de défense plus primitifs (ex. : identification projective, clivage, déni massif, etc.).

Le MENSONGE : il convient de distinguer la dissociation du *mensonge*, auquel certaines personnes pourraient avoir recours afin de tirer un bénéfice quelconque. On n'a qu'à penser aux criminels cherchant à éviter la prison ou à certains sujets désirant obtenir des compensations financières. La dissociation se distingue du déplacement dans la mesure où, dans le déplacement, il y a substitution de l'objet mais la conscience de la pulsion ou de l'affect demeure.

La FORMATION RÉACTIONNELLE : de son côté, la *formation réactionnelle* modifie l'affect ou le désir en son contraire, mais le Moi ou l'objet demeure.

L'ISOLATION : par ailleurs, l'*isolation* atténue la conscience de l'affect, mais le concept demeure conscient.

Le REFOULEMENT : quant au *refoulement*, celui-ci maintient le concept dans l'inconscient alors que l'affect ou la pulsion subsiste.

7. Formation réactionnelle

7.1 Définition

La formation réactionnelle est issue du conflit entre le sens moral (Surmoi, idéal du Moi) et une tendance inacceptable (pulsion). La formation réactionnelle est un comportement inverse d'un désir latent; désir qui a été préalablement refoulé. Ce mécanisme permet notamment d'éviter

d'être en contact avec des sentiments de culpabilité et procure parfois au sujet un sentiment de fierté lorsqu'il accomplit des comportements jugés socialement désirables.

7.2 Manifestation

La présence d'une tendance *exagérée* peut nous mettre sur la piste d'une tendance opposée, non reconnue par la personne. Par exemple, l'amour en lieu et place de la haine, la pudeur comme réaction à une tendance exhibitionniste, la pitié au lieu de tendances sadiques, une propreté excessive pour lutter contre un désir inconscient de jouer avec la saleté, la générosité plutôt que l'avarice, etc. Cette défense est typique des personnalités obsessives-compulsives. Il est raisonnable de penser que la formation réactionnelle est active lorsqu'une personne tend à agir d'une façon que la majorité des gens condamnerait (ex. : démontrer de la pitié pour un tueur en série; se montrer méchant et sans attention à l'endroit d'une pauvre victime, etc.).

Lors des entretiens, on portera une attention particulière sur certains indices, par exemple les suivants : en se racontant par rapport à sa relation à ses proches, la personne apparaît trop bonne, trop soumise, trop douce alors qu'elle devrait manifester une certaine frustration ou irritation face aux gens qui profitent d'elle. Parfois, c'est l'intervenant lui-même qui, écoutant le récit, pourra ressentir cette frustration au lieu de la personne elle-même. Un homme ne dit que du bien de sa femme et ce avec une certaine insistance alors qu'on s'attendrait à quelques mauvais commentaires de sa part. L'observateur pourra avoir l'impression que tout semble trop beau pour être vrai. En poussant l'entretien un peu plus loin, on découvre qu'un jeune homme désirant une relation amoureuse avec une femme ne fait que dire des choses négatives au sujet des femmes, comme pour s'interdire de vivre ses sentiments profonds (« les femmes sont trop sentimentales, je ne les aime pas, elles sont trop différentes »). La femme qui ne cesse de remercier ses collègues de travail même si ces derniers ne sont pas toujours courtois avec elle. Enfin, l'homme qui, parfois à ses propres dépens, ne cesse de rendre service aux autres ou la tante qui donne beaucoup trop de cadeaux à tout le monde sont d'autres exemples de formation réactionnelle.

7.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

L'ANNULATION : l'*annulation* diffère de la formation réactionnelle en ce sens que l'intervenant observe la présence d'affects opposés en alternance sans formation de compromis. Dans la formation réactionnelle, il n'y a plus de trace de l'affect original, seul l'affect substitué demeure.

8. Idéalisation

8.1 Définition

L'idéalisation est le processus contraire à la dépréciation et consiste à porter à la perfection soit ses propres qualités soit les qualités de l'objet en amoindrissant les défauts. Elle constitue une création d'images irréalistes hautement valorisées. Cette défense agit comme une source de protection et de gratification contre des sentiments d'impuissance, de nullité, d'insignifiance.

8.2 Manifestation

Voir les exemples fournis sous la description de la dépréciation.

8.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Le CLIVAGE : contrairement à ce qui se produit dans le *clivage*, la personne qui idéalise est en mesure de reconnaître la réalité des faits. Elle ne nie pas les défauts mais les atténue considérablement pour se protéger de vivre des malaises divers : déceptions, sentiments d'insignifiance, de nullité, etc.

L'OMNIPOTENCE : l'idéalisation porte sur les représentations du Moi et de l'objet alors que dans l'*omnipotence*, la défense porte surtout sur le gonflement du Moi. Qui plus est, dans l'omnipotence, on observe un déni des défauts plutôt qu'une minimisation, signifiant une moindre capacité de conscientisation chez l'individu face à ce qui l'anime intérieurement.

9. Identification introjective

9.1 Définition

L'identification introjective peut être définie comme la prise en soi d'aspects de l'objet afin de lui ressembler, de s'y soumettre en quelque sorte. Cette défense peut comporter deux volets, dont un positif et l'autre négatif. Dans le premier cas, la personne peut désirer inconsciemment s'approprier certains traits idéalisées de l'objet (pouvoir, beauté, intelligence, compétence, etc.). Cela caractérise une relation de type fusionnel. Dans le second cas, la personne peut prendre en soi certains traits non idéalisés (agressivité, nervosité, etc.) mais nécessaires pour assurer une certaine cohérence du moi dans la relation l'objet. En effet, qui n'a pas entendu dire un jour que plus deux personnes vivent ensemble longtemps et plus les deux partenaires tendent à intérioriser ou à incorporer certains traits de personnalité appartenant à l'autre. Ce mécanisme pourrait jouer un rôle adaptatif chez l'humain en minimisant le plus possible les dissonances cognitives issues des désirs et des besoins de chaque partenaire face à lui-même et face à l'autre. D'un point de vue économique, cette identification de nature introjective viserait à réduire les tensions entre les deux partenaires. Toutefois, le pendant négatif est qu'il y a une certaine perte d'individuation et ainsi un manque à se réaliser par soi-même.

9.2 Manifestation

En milieu clinique, il n'est pas rare de noter la présence de l'identification introjective. L'exemple suivant peut illustrer le mécanisme de cette défense : Il s'agit d'une personne atteinte de schizophrénie qui, après avoir volé la robe d'une dame, se pavane devant les intervenants en imitant la démarche de la première pour s'assurer d'être perçue avec élégance, tout comme elle percevait la dame. En d'autres termes, elle prend à l'intérieur de soi des parties de l'objet qu'elle convoite. On parle ici d'une identification introjective sur un mode positif. Une autre personne tendra à prendre les attitudes belliqueuses et le vocabulaire cru d'un homme perçu comme étant puissant. L'envie de cette puissance amènera même la personne à s'attirer des conflits pour un langage coloré qu'elle n'avait pas auparavant. On parle plutôt ici d'une identification introjective négative

pour ce qui est des traits introjectés. D'autres exemples encore illustrent ce phénomène défensif : « Je l'admirais. Il était ce que je voulais être »; « On était toujours ensemble. Les gens disaient qu'on était lesbiennes tellement on agissait de la même façon »; « Quand il est mort, c'est comme une partie de moi qui est partie aussi. Après toutes ces années de vie ensemble, on avait même plus besoin de se parler pour se comprendre. On pensait pareil »; « Dès que je suis seul, je m'ennuie et je deviens anxieux. Avec ma compagne, tout allait bien. Je faisais ce qu'elle disait et tout allait bien ».

9.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

L'IDÉALISATION : contrairement à l'*idéalisation*, dans l'identification introjective, il y a nécessairement identification à des parties de l'objet. Dans l'idéalisation, le sujet embellit l'objet mais cela n'implique pas la nécessité d'être comme l'objet. D'ailleurs, cette idéalisation peut souvent s'effacer au profit d'une dévalorisation lorsque l'objet ne convient plus. Dans l'identification introjective, le processus est plus profond. Ça en prend beaucoup plus pour éliminer les aspects intériorisés. Qui plus est, la personne ne réalisera même pas qu'elle porte en elle des parties de l'objet qu'elle considérera dorénavant comme siennes.

10. Identification projective

10.1 Définition

Simplement dit, l'identification projective est une défense qui concerne l'identification à la projection (bonne/mauvaise) effectuée sur l'objet. Lorsque l'identification projective est négative (c'est-à-dire portant sur une projection de sentiments mauvais), il y a un désir de contrôler l'autre par peur de celui-ci due à la projection. On parle alors d'une relation d'objet agressive. Lorsqu'elle est positive (c'est-à-dire portant sur une projection de sentiments positifs), il y a alors un désir de posséder, de contrôler l'autre mais sur un mode positif. Les sujets qui ont recours à cette défense vivent leurs sentiments (colère, dépendance, agression, etc.) en réaction à la projection qu'ils font et il n'est pas rare qu'ils en viennent à induire véritablement chez l'autre ces sentiments. De la sorte, dans l'identification projective, il peut arriver qu'on ne sache plus qui cause quoi, d'où la nécessité de prendre un recul pour mieux analyser ce qui est en train de se passer.

10.2 Manifestation

Un premier exemple peut illustrer l'identification projective sous sa forme négative. La patiente qui, de façon inconsciente, projette dans l'intervenant des sentiments mauvais et qui tend à qualifier ce dernier de méchant malgré sa neutralité, en vient à s'identifier à cette méchanceté et coordonne ses comportements de telle façon qu'elle mène une lutte farouche contre l'intervenant. Ce dernier, bien souvent, apparaît plus que surpris de l'attitude de la patiente; attitude qui, pour lui, semble venir de nulle part. De fait, elle vient de la projection même de la patiente, ce qui fait que l'intervenant se sent investi de quelque chose d'étranger à lui et peut en venir à vivre un malaise important (doute, sentiment d'hostilité, de responsabilité, etc.). Un second exemple illustre cette fois-ci le processus d'identification projective sous forme positive. Le patient qui projette ses sentiments de dépendance sur son infirmière peut en venir à s'identifier à ce qu'il

perçoit comme un besoin chez l'infirmière de l'aimer et de s'occuper de lui. Le patient peut ainsi en venir à adopter des comportements visant un rapprochement intime entre lui-même et son infirmière. Cette dernière peut alors être confuse et douter d'elle-même, se demander ce qu'elle a bien pu faire pour causer cette situation. De nouveau, le caractère étranger de cette défense vient saisir l'objet de la projection en lui faisant vivre un malaise important. Un dernier exemple est celui où un individu rapporte des événements où l'on ne sait plus qui au juste crée quoi. Cet individu raconte qu'il était dépendant de sa femme mais qu'elle aussi, de sorte que chacun en venait à traiter l'autre comme un enfant et se reprochait la même chose.

10.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La PROJECTION : notons que dans la *projection* simple, il n'y a pas d'identification secondaire à l'objet de la projection. Il n'y a qu'une attribution rigide des sentiments qui sont niés par le sujet. Ainsi, l'objet se sent investi de quelque chose qui ne lui appartient pas mais cela est souvent clair et direct alors qu'il ne se trame pas de joute identificatrice entre le sujet et l'objet. En bref, dans la projection, c'est une pulsion qui est attribuée à l'autre alors que dans l'identification projective, c'est toute une image qui est attribuée à l'autre.

11. Intellectualisation

11.1 Définition

L'intellectualisation est le mécanisme par lequel un individu cherche à maîtriser ses affects en recourant à l'abstraction et à la généralisation. Dans l'intellectualisation, l'émotion est perdue ainsi que l'importance de la pulsion. Bien que les éléments cognitifs des conflits demeurent conscients, on observe ainsi un certain détachement du fait que toute la question est traitée de façon impersonnelle.

11.2 Manifestation

L'individu s'exprime de façon hautement technique ou en des termes abstraits, ce qui fait qu'on ne ressent pas d'affects, d'authenticité. On peut avoir l'impression de s'adresser à un ordinateur. L'exemple suivant peut servir à comprendre ce concept. Le patient répondant au psychologue qui lui demandait comment il se portait après la perte de son emploi, qu'il appréciait pourtant : « Vous savez, dans la conjecture actuelle, surtout depuis le début du libre-échange, la planète entière doit comprendre que rien n'est définitif [...] ». Dans cet exemple, l'affect apparaît complètement évacué. L'autre sujet semblant incapable de parler de lui-même autrement qu'à la troisième personne ou de façon impersonnelle (« un gars fait ce qu'il peut »; « ça lui arrive de pas être parfait »); l'autre encore qui tend à questionner l'intervenant sur toutes sortes de questions techniques sans importance; un dernier enfin qui parle des problèmes des autres pour s'évacuer lui-même complètement des problèmes, sont d'autres exemples d'intellectualisation.

11.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La RATIONALISATION : dans l'intellectualisation, l'affect est souvent à mille lieux du discours, sinon carrément absent, alors que dans la *rationalisation*, l'affect est plutôt détourné, on y trouve une

excuse. Alors que dans l'intellectualisation, on ne sent plus la personne, dans la rationalisation, on ne sent plus la cause.

L'ISOLATION : dans l'*isolation* comme dans l'intellectualisation, les sentiments sont mis à distance. L'isolation y parvient de façon directe (l'affect est détaché de son objet mais cela concerne souvent une situation particulière, d'autres affects liés à d'autres situations peuvent être présents) alors que l'intellectualisation y parvient de façon indirecte, soit par le recours à des généralités, à des banalités. Dans l'isolation, nous assistons à un état de fait alors que dans l'intellectualisation, nous assistons à une mise en scène vouée à nous endormir, à nous éloigner du but.

La PROJECTION : la *projection* peut aussi s'effectuer par des affirmations d'ordre général qui peuvent la confondre avec l'intellectualisation (ex. : « tout le monde veut tout avoir sans attendre ». Toutefois, l'objet de la projection demeure toujours une motivation ou un vécu que la personne désavoue. Au contraire, dans l'intellectualisation, le sujet ne désavoue pas ses motivations ou son vécu, mais préserve les faits. Dans ce dernier cas, la généralisation ne sert qu'à dissimuler les sentiments rattachés au vécu.

12. Isolation de l'affect

12.1 Définition

Dans l'isolation de l'affect, l'individu cherche à éliminer un affect lié à une représentation (pensée, idée, souvenir) conflictuelle alors que la représentation demeure consciente. En isolant certains affects de leurs contenus représentatifs, on s'évite ainsi d'être en contact avec des sentiments pénibles (ex. : culpabilité, honte, angoisse). Cependant, en isolant de la sorte ces sentiments, le sujet se prive d'informations importantes qui l'aideraient à mieux s'approfondir et à faire des choix de vie plus éclairés.

12.2 Manifestation

Le patient qui raconte un triste passage de sa vie mais qui rit et trouve le moyen de faire des blagues. Dans ce cas, le souvenir est présent mais l'affect (ex. : détresse) qui autrefois y était lié est tenu à l'écart. Il y a donc isolation de l'affect. Un autre exemple est celui d'une femme qui parle de sa dépression sans mentionner d'affects ou qui parle de son expérience comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre. Un dernier exemple est l'individu qui parle d'un accident d'automobile traumatisant de façon robotique, comme si de rien n'était.

12.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

L'INTELLECTUALISATION : à l'instar de l'*intellectualisation*, l'isolation sert à minimiser la conscience de l'affect tout en préservant la conscience des idées. Cependant, à l'encontre de l'intellectualisation, qui implique un passage à l'abstraction (où on se sent loin du sujet réel) et à la généralisation (comme si les difficultés du sujet s'appliquaient à d'autres personnes plutôt qu'à lui-même), dans l'isolation, le sujet n'a pas besoin de recourir à des artefacts ou à d'autres sujets que ceux qui le concernent lui-même. Celui qui intellectualise dissimule l'affect derrière une façade verbale alors que celui qui isole a simplement coupé les ponts.

13. Négation (dénégation)

13.1 Définition

La négation est ce mécanisme de défense contre l'angoisse qui consiste à nier la présence d'une pulsion inconsciente. Le sujet nie l'évidence. De fait, il transforme les faits réels en leur substituant des éléments imaginaires opposés. Bref, aussitôt que le désir inconscient apparaît à l'esprit, le sujet refuse de le reconnaître comme sien et remanie ses idées autrement pour éviter le conflit. Par ce mécanisme, le sujet s'évite de vivre des sentiments pénibles (ex. : honte, culpabilité, détresse, tristesse, etc.).

13.2 Manifestation

Le patient qui dit à son intervenant : « je ne veux pas vous dénigrer mais je crois que je vais bien ». Un autre exemple est celui de la femme qui dit, sans qu'on l'ait questionnée au préalable sur ses sentiments : « il n'est pas vrai que j'ai pu souhaiter la mort de mon mari ». Dans ces deux exemples, il faut se demander pourquoi la personne a besoin de se justifier par la négative alors que rien ne l'amenait à devoir le faire si ce n'est, au fond, qu'elle se défend contre un désir inconscient. Un autre exemple, cette fois par une formulation positive, est l'employé qui déteste son patron mais qui, devant un autre employé, ce dernier étant un proche du patron, lui dit : « moi j'ai toujours été d'accord avec les idées du patron ». Remarquez que ce processus est inconscient par nature et que, dans ce dernier exemple, il faut distinguer la négation d'un acte conscient, volontaire et calculé qui serait motivé par l'appât du gain.

13.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Le REFOULEMENT : contrairement au *refoulement*, dans la négation, l'idée ou le sentiment n'est pas oublié, il est simplement tenu l'écart, tel un prisonnier, derrière une barrière. Celui qui refoule peut parler de son vécu sans problème même s'il ne sait pas trop de quoi il s'agit. Dans la négation, le sujet mène une lutte farouche pour éviter la conscientisation de l'idée ou de l'affect.

Le CLIVAGE : contrairement *au clivage*, qui exerce une coupure profonde entre deux entités divisées, dans la négation, ce qui est nié est plus près de la conscience, d'où un effort constant pour éviter que le « censuré » ne franchisse la barrière. Dans le cas du clivage, il s'est créé un ravin profond entre les éléments clivés, ce qui fait qu'il n'y a plus d'accès à la conscientisation.

La DISSOCIATION : à l'encontre de la *dissociation*, la négation n'affecte pas la lucidité normale de l'individu.

La FORMATION RÉACTIONNELLE : la *formation réactionnelle* transforme un concept et son affect en leur contraire (ex. : la pitié au lieu du sadisme), ce que ne fait pas la négation. Plutôt, en explorant celle-ci avec la personne, certains indices peuvent apparaître pour nous suggérer la présence du concept et de l'affect original.

14. Omnipotence

14.1 Définition

L'omnipotence, une défense inconsciente, représente l'aspect du Moi qui se propulse dans la démesure, la grandiosité, la toute-puissance et ce, pour contrer les conflits affectifs ou les facteurs de stress internes ou externes. Elle est une défense contre la dépression, la dévaluation, les sentiments d'impuissance. Cette défense est souvent typique des personnalités antisociales, des psychopathes et est souvent présente dans la psychose maniaque, chez les mégalomanes et chez les schizophrènes. L'omnipotence minimise les expériences pénibles telles que les sentiments de nullité, de déception, etc. pour protéger et gonfler artificiellement l'estime de soi. Cependant, cela déforme les représentations de soi de l'individu et empêche celui-ci d'apprécier ses lacunes pour mieux les travailler. L'omnipotence met en évidence la supériorité du Moi idéal sur l'idéal du Moi. On se situe plus dans le rêve, la fantaisie que dans la réalité, la faisabilité.

14.2 Manifestation

Le psychopathe arrogant qui, en entrevue, dit pouvoir tout faire alors que visiblement, il semble manquer de ressources et que, dans les faits, il présente peu d'accomplissements antérieurs. Le sujet qui se croit en mesure d'influencer des gens importants autour de lui, voire de changer la société à sa mesure. Voici d'autres exemples d'omnipotence : l'homme de 42 ans qui dit : « moi, en sortant de prison, je vais devenir boxeur professionnel, je vais faire un gros coup d'argent puis je vais me retirer en pleine gloire ». L'autre gars qui a peu de ressources et peu d'accomplissements à son actif, qui déclare : « j'aimerais être pilote d'autos; c'est ça que j'aimerais faire ». La jeune femme qui se prétend capable de soigner certaines personnes simplement par le toucher : « ma mère et moi, on a le don d'enlever la douleur des gens qui ont des brûlures ». La personne qui tend à se décrire de façon beaucoup trop grandiose : « c'était moi le meilleur, personne ne m'arrivait à la cheville, ils sont tous jaloux de moi et c'est pourquoi ils ne veulent plus me parler ». Enfin, la femme qui raconte : « j'aurais pu avoir n'importe quel homme, dès que j'arrivais à quelque part, j'étais comme la star. Tout partout où j'allais, toutes les femmes m'enviaient, elles savaient qu'elles n'étaient pas de taille. Qu'est-ce que vous voulez, c'est comme ça. Pas question que j'arrive deuxième ».

14.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La FORMATION RÉACTIONNELLE : contrairement à la *formation réactionnelle*, l'omnipotence se situe beaucoup plus dans la fantaisie et le rêve que la formation réactionnelle, qui se situe davantage dans la réalité. De plus, l'omnipotence concerne le gonflement de l'estime de soi alors que la formation réactionnelle concerne surtout les sentiments face à l'objet. En ce sens, l'omnipotence vise plus l'impossibilité (Moi idéal) que la formation réactionnelle, qui vise davantage le caractère approprié des attitudes et des conduites (Surmoi, idéal du Moi).

Le CLIVAGE : dans le *clivage*, les représentations de soi positives peuvent être présentes, ignorant les aspects négatifs. Si ces représentations positives sont irréalistes, alors là seulement, la présence d'omnipotence serait aussi à noter. Bref, on peut cliver et ne pas reconnaître des aspects négatifs du soi sans pour autant utiliser la démesure et la grandiosité, celles-ci étant le propre de l'omnipotence.

L'IDÉALISATION : dans l'*idéalisation* de type névrotique, les faits négatifs ne sont pas niés mais plutôt minimisés afin de préserver l'estime de soi. Lors de la confrontation, l'individu pourra reconnaître certaines déformations liées à l'idéalisation. Cependant, dans l'omnipotence, il y a un déni des aspects négatifs, si bien qu'en poussant plus loin la confrontation, on peut parfois créer des réactions négatives sinon agressives de la part de l'interviewé, qui peut se sentir menacé ou attaqué. De plus, l'idéalisation porte tant sur le soi que sur l'objet alors que l'omnipotence concerne surtout les représentations de soi. Bref, l'idéalisation névrotique porte plus sur un embellissement de la réalité pour lutter contre des sentiments négatifs que sur un besoin de toute-puissance, comme dans l'omnipotence, pour protéger le Moi d'une dépréciation plus profonde encore.

15. Passage à l'acte

15.1 Définition

Dans le passage à l'acte, l'individu gère ses conflits ou le stress en agissant sans réfléchir et sans considérer les conséquences négatives reliées à ses actes. Ce sont les pulsions, les sentiments, émotions et désirs de l'individu qui sont exprimés de façon soudaine et incontrôlée, parfois avec un dédain apparent pour les conséquences sociales ou personnelles. Le passage à l'acte, c'est agir sous le coup de l'impulsion, généralement en réaction à des événements extérieurs (ex. : conflits interpersonnels) ou à des événements intérieures (ex. : dépendance à la drogue) et cela dénote un manque de jugement de la part de l'individu qui passe à l'acte.

Ce qui est appelé passage à l'acte, par exemple la confrontation verbale ou physique, l'utilisation de la drogue ou de l'alcool, voler, etc., doit être mis en lien avec des affects ou des pulsions qui, chez l'individu, sont intolérables. Le déroulement du passage à l'acte suit normalement une certaine chronologie logique : d'abord, face à des frustrations ou à des envies irrésistibles que l'individu ne peut exprimer ou inhiber, un accroissement de la tension nerveuse s'ensuit, ce qui, en bout de ligne, bloque la prise de conscience et le jugement de l'individu et le pousse à agir immédiatement, sans considérer les torts que ses actes peuvent causer, à lui-même ou à autrui. Après-coup, dans certains cas, la réflexion et les remords peuvent s'ensuivre et l'individu peut même s'attendre à être puni pour ses actes, sauf si d'autres mécanismes de défense entrent en jeu à leur tour (par exemple, la rationalisation : « si je l'ai frappé, c'est parce qu'il m'avait poussé à bout »; « c'est pas de ma faute si j'ai volé, j'étais dépendant à la cocaïne »).

15.2 Manifestation

Dans les exemples qui suivent, le passage à l'acte est apparent selon les propos de l'individu lui-même. Notez qu'il est important de savoir si l'individu n'était pas sous l'effet d'un intoxicant car, dans l'affirmative, cela ne constituerait pas un passage à l'acte comme tel, l'individu n'étant pas en possession de tous ses moyens. « Si je l'ai frappé, c'est qu'elle n'arrêtait pas de me faire la morale »; « Lorsque j'étais en manque, je me faisais deux, trois dépanneurs »; « Il voulait me quitter, et puis je ne voulais pas. J'ai donc appelé la police pour l'accuser d'abus sexuel sur ma fille »; « C'était plus fort que moi, je n'arrêtais pas de me battre à l'école. C'est comme si je cherchais à me venger, à faire comme mon père qui me battait »; « Le proprio n'arrêtait pas de m'achaler pour obtenir son loyer. Je lui ai finalement donné mais j'ai payé mon chum pour lui crever ses pneus un

soir »; « Mon père m'a dit que je ne valais rien, puis là j'ai capoté et me suis tailladé les poignets »; « Le médecin ne voulait pas me donner de privilèges pour aller fumer; je lui ai lancé une boîte de mouchoirs à la figure »; « Mon frère, c'était le chouchou de ma mère, moi je m'arrangeais pour avoir de l'attention autrement en faisant des coups pendables »; « Les hommes sont tous pareils, tous des salauds, ils ne veulent que du sexe et après, ils te sacrent là. C'est pas ma faute si j'ai baisé avec plus d'une dizaine de gars l'année dernière, ils savent bien trop comment te prendre au piège. Ils te font des yeux doux, te disent de belles choses et puis, bang, je tombe dans leur lit à chaque fois. Mais là, je ne me ferai plus prendre ». Dans ce dernier exemple, on peut noter la présence de plusieurs défenses à la fois, dont le *passage à l'acte* (« [...] ils te font des yeux doux [...] bang, je tombe dans leur lit à chaque fois »), la *dépréciation* (« les hommes [...] tous des salauds [...] ») et la *rationalisation* (« C'est pas ma faute [...] ils savent bien trop comment te prendre au piège »).

15.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La DISSOCIATION : dans la *dissociation*, l'individu ne prévoit pas les affects ou les pulsions qu'il va exprimer à travers ses symptômes (ex. : évanouissement) ou comportements (ex. : crise de nerfs à la suite d'une désorganisation psychotique). L'individu peut même parfois ne pas se souvenir du tout de ce qui s'est passé car il n'était pas conscient de ce qui se tramait en lui. Une coupure brutale au niveau des fonctions du Moi ou des fonctions cognitives empêchent l'individu de même prendre conscience de ce qui se passe en lui. Dans le passage à l'acte, par contre, l'individu toxicomane, par exemple, est très au fait de ce qui se trame en lui et il s'organise sciemment pour calmer ses frustrations ou satisfaire ses désirs.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE : à l'instar du passage à l'acte, dans l'*identification projective*, malgré ce que peut vivre l'individu (ex. : colère, sentiment d'être injustement traité), l'inhibition ou les interdits demeurent. L'individu est conscient que certaines choses se font et d'autres non. Cependant, dans ce mécanisme de défense, le dégagement des tensions s'effectue normalement de façon verbale (ex. : reproches, menaces) ou par une certaine attitude (ex. : regard méchant). En revanche, lorsque l'individu passe de la parole aux actes, on parle alors de passage à l'acte à moins qu'un épisode dissociatif ne se déclare.

16. Projection

16.1 Définition

Dans la projection, le sujet attribue à l'autre les idées ou pensées inacceptables et désagréables qu'il ne peut supporter en lui-même et il les ressent comme autant de reproches qui lui sont adressés venant de l'extérieur. Ce processus, très présent dans la paranoïa, la phobie, la jalousie, etc., est aussi répandu chez les individus normaux; il est responsable d'erreurs du jugement qu'une saine autocritique permet cependant de corriger. En pathologie mentale, cette autocritique est pauvre, sinon parfois carrément absente. Ce mécanisme sert à évacuer des émotions, pulsions ou motivations (colère, humiliation, contrôle, désir) qui seraient trop pénibles à gérer directement si le sujet en prenait conscience.

16.2 Manifestation

Le patient paranoïaque qui dit à son médecin : « c'est pas moi qui ne vous aime pas, c'est vous ». Un homme qui dit qu'il ne fait que se défendre par rapport à son voisin qui, selon lui, le surveille et le suit constamment. Une épouse fidèle, inconsciente de ses désirs d'adultère, accusera son conjoint de la tromper. De cette façon, elle se libère d'un conflit intérieur qui surviendrait (honte, remords, etc.) si son désir à elle d'être infidèle devenait conscient. Un autre sujet fera porter le blâme par autrui pour beaucoup ou l'ensemble de ses difficultés (« c'est de sa faute à elle »; « la police veut avoir ma peau »; « je vous le dis, si vous veniez faire un tour avec moi en auto, vous verriez tout de suite qu'on me suit »; « mon voisin a installé une nouvelle lumière en avant de chez lui et ce, juste en face de ma fenêtre. Pourquoi pensez-vous qu'il l'a mise à cet endroit si ce n'est que pour mieux m'observer? Je suis sûr qu'il s'agit d'une caméra ».

16.3 1Liens avec d'autres mécanismes défensifs

La DÉPRÉCIATION : alors que dans la *dépréciation* l'individu rejette entièrement la personne qu'il déprécie, sans s'en préoccuper autrement, dans la projection, l'individu est en quelque sorte l'esclave de son ou de ses objets de projection. Il est incapable de se distancer de l'objet par le fait même que les sentiments projetés reviennent constamment. Et pour cause : il ne reconnaît pas que ce sont ses sentiments à lui et non pas ceux des autres. Dans la dépréciation, le sujet reconnaît que ses sentiments hostiles sont les siens et il assume cela.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE : tout autant, la projection se distingue de l'*identification projective* par le fait que dans la projection, le sujet nie avoir les sentiments qu'il projette sur autrui. Dans l'identification projective, l'individu reconnaîtra vivre des sentiments conflictuels, mais cela en réaction à l'autre. Il n'est juste pas conscient qu'il a lui-même projeté ces sentiments en premier lieu.

La RATIONALISATION : le fait de désavouer, de nier ou de ne pas assumer que ce qui est projeté part de soi distingue également la projection de la *rationalisation*. Dans ce dernier mécanisme, le sujet peut reconnaître son rôle; il cherche simplement une excuse pour minimiser ses pensées ou ses actions.

17. Rationalisation

17.1 Définition

La rationalisation constitue une justification logique, mais artificielle, qui dissimule, à l'insu de la personne qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ses sentiments, jugements et comportements, car ces motifs véritables ne pourraient être appréhendés sans susciter de l'anxiété. La rationalisation, c'est la recherche d'une excuse.

17.2 Manifestation

Dans la rationalisation, on sent la manipulation ou le désir de mettre l'autre sur une fausse piste. Un exemple de rationalisation est le jeune garçon qui, amoureux de son institutrice, lui vole son mouchoir. Pris sur le fait, il répond qu'il en avait besoin et qu'il était ensuite trop gêné de le rapporter. En réalité, il cherchait plutôt à posséder un objet symbolisant la personne aimée. Un autre

exemple est celui où un automobiliste coursant contre un autre automobiliste en vient à frapper légèrement une troisième voiture avec son auto. Alors que la victime s'adresse à lui, le conducteur fautif signale que c'est l'autre automobiliste qui l'a incité à courser, comme si cela lui enlevait sa responsabilité. L'homme violent qui dit à sa femme après l'avoir frappée : « regarde ce que tu m'as encore fait faire ». Dans ces deux exemples, on tente de minimiser sa faute pour s'éviter des sentiments de honte. Enfin, dans ce dernier exemple, on peut à la fois observer la présence de la rationalisation et du déni : la jeune femme bipolaire et désorganisée qui mentionne : « si j'ai été internée à l'hôpital, *c'est à cause* de ma folle de mère. Moi, *je vais très bien* ».

17.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Le MENSONGE : la rationalisation doit être distinguée du *mensonge* et en ce sens, il faut se rappeler que « mentir est un acte conscient » qui peut être prémédité ou calculé. Au contraire, la rationalisation est une défense qui s'opère subitement et de façon inconsciente. De plus, par extension, on peut dire que celui qui rationalise se ment à lui-même alors que celui qui ment réellement le fait pour cacher quelque chose à autrui.

L'INTELLECTUALISATION : en ce qui a trait à l'*intellectualisation*, celle-ci est un mécanisme proche de la rationalisation. Cependant, dans le premier cas, il s'agit d'une extinction ou d'un détachement par rapport aux sentiments ou aux motifs alors que dans la rationalisation, il s'agit plutôt de déformer les faits, de trouver une excuse.

La PROJECTION : pour ce qui est de la *projection*, celle-ci se distingue de la rationalisation par le fait qu'elle implique une incapacité de reconnaître la présence de certains motifs ou sentiments en soi. Plutôt, dans la rationalisation, l'enjeu est de se trouver une excuse pour certaines pensées, sentiments ou conduites.

18. Refoulement

18.1 Définition

Le mécanisme de refoulement vise à mettre hors du champ de la conscience des représentations conflictuelles en les rejetant dans l'inconscient. Le retour du refoulé ou le retour des représentations inacceptables dans le champ de la conscience, dont les conséquences peuvent être anodines (ex. : lapsus) ou pathologiques (ex. : crise) signale l'échec, ou à tout le moins l'insuffisance du refoulement. Dans ce cas, en ignorant certains motifs internes, le sujet peut agir sur la pulsion en ayant recours à d'autres défenses. Par exemple, la jalousie profonde d'une personne envers une autre ne pouvant s'exprimer pour cause de moralité pourrait avoir recours au déplacement pour manifester sa frustration et son agressivité sur une personne ou sur un problème peu important.

18.2 Manifestation

Le sujet dit ignorer ce qui le porte à souffrir. Il a peu de souvenirs de sa première enfance. Il n'est souvent pas en mesure de faire des liens parfois assez évidents pour un évaluateur externe. Un autre individu mentionne fréquemment en entrevue ne pas se souvenir de certains faits alors qu'on s'attendrait à une réponse. Parfois, après-coup, l'individu ajoutera : « c'est pas croyable que

je ne me souvenais pas de cela ». La jeune femme qui ne se rappelle pas certaines personnes significatives ou qui mêle souvent leur nom. On se rend compte, suivant son histoire personnelle, que cela n'est pas dû au hasard, que certaines pulsions (ex. : désir sexuel, jalousie, etc.) tiennent un rôle important dans ces oublis. Un autre exemple est celui d'un sujet qui vit une certaine colère ou encore qui peut se mettre à pleurer sans trop savoir d'où lui viennent ces sentiments. Enfin, le conférencier qui, au début de son discours commet un lapsus en disant : « pour terminer ». Dans ce dernier exemple, le désir profond du conférencier de terminer son discours au plus tôt le trahit et révèle la présence du refoulement.

18.3 Liens avec d'autres mécanismes défensifs

Le DÉNI : le refoulement est à distinguer du *déni* en ce sens que dans le premier cas, la représentation est tenue loin de la conscience mais une partie de l'affect subsiste, alors que dans le second, tant l'affect que la représentation sont écartés du champ de la conscience.

La DISSOCIATION : dans la *dissociation*, l'affect et la représentation sont maintenus hors du champ de la conscience, mais en modifiant tout le vécu conscient du sujet. Au contraire, dans le refoulement, le vécu conscient du sujet demeure intact; seule la représentation spécifique est écartée.

Références bibliographiques

BERGERET, J. (1986). *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.

COOPER, S.H., J.C. PERRY et D. ARNOW (1988). « An empirical approach to the study of defense mechanism : I : reliability and preliminary validity of the Rorschach Defense Scale », *Journal of Personality Assessment*, 52 (2), p. 187-203.

DEBRAY, Q., et D. NOLLET (1997). *Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique*, Paris, Masson.

DE TICHEY, C. (1982). « Test de Rorschach et mécanisme de défense dans les « états limites» », *Psychologie médicale*, 14 (12), p. 1865-1874.

KERNBERG, O. (1978). « The structural diagnosis of borderline personality organization », dans P. Hartocolis (sous la dir. de), *Borderline Personality Disorders : the Concept, the Syndrome, the Patient*, New York, IUP, p. 87-121.

LERNER, H., et P. LERNER (1980). « Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure », dans J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner et A. Sugarman (sous la dir. de), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, International Universities Press, p. 257-274.

LERNER, H., A. SUGARMAN et J. GAUGHRAN (1981). « The Rorschach assessment of borderline defenses », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, p. 705-711.

PERRY, J.C. (2004). *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson. Traduit de l'anglais : *Defense Mechanism Rating Scale*, 5e éd., Boston, Cambridge University, 1990.

SUGARMAN, A., et H.D. LERNER (1980). « Reflections on the current state of the borderline concept », dans J. Kwawer, P. Lerner, H. Lerner et A. Sugarman (sous la dir. de), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, Internal Universities Press, 1980, p. 11-37.

Texte 13

Évaluation des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi et de l'intégration du surmoi

Tremblay, G., 2017, *Évaluation des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi et de l'intégration du surmoi*

Il peut être utile de demander au patient de remplir le questionnaire ci-dessous afin d'obtenir des indices sur la faiblesse du moi et sur l'intégration du surmoi.

Manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi

A : Tolérance à l'anxiété

B : Contrôle pulsionnel

C : Capacités sublimatoires

La présence d'un ASTÉRISQUE indique que le score est inversé. Une réponse négative (NON) obtient donc un point. Pour tous les autres énoncés, une réponse positive (OUI) vaut un point. ATTENTION : plus le score est élevé et plus les lacunes reliées aux critères (A, B et C) sont présentes.

	Exemples de questions	Oui	Non
1.	(B) Plusieurs de mes proches m'ont déjà dit que j'avais de la difficulté à contrôler mes émotions.		
2.	(C) Je suis une personne qui a beaucoup d'intérêts dans la vie et j'ai des projets de toutes sortes sur lesquels je travaille. *		
3.	(A) De façon générale, j'ai beaucoup de difficulté à tolérer les délais et les attentes.		
4.	(B) Par le passé, il m'est souvent arrivé de briser des choses ou de me comporter inadéquatement (ex. : crier, frapper des choses, etc.) lorsque j'étais en colère.		
5.	(B) Il m'est rarement arrivé de prendre des décisions sur un coup de tête. *		
6.	(A) J'ai souvent de la difficulté à dormir la nuit parce que je suis préoccupé par toutes sortes de choses.		
7.	(B) Je m'emporte très facilement.		
8.	(B) Quand je suis nerveux, je tends à prendre de l'alcool ou de la drogue pour me calmer.		
9.	(C) Depuis que je suis enfant, j'ai toujours aimé collectionner diverses choses.*		
10.	(A) Je n'ai jamais souffert de crises d'anxiété ou d'attaques de panique. *		
11.	(C) J'aime prendre du temps seul pour m'adonner à la lecture. *		
12.	(C) Je pratique régulièrement des activités sportives ou des loisirs divers. *		
13.	(A) Les gens disent de moi que je m'inquiète toujours pour un rien.		
14.	(B) Quand je me sens sous pression, il m'arrive fréquemment de « sauter les plombs » et de réagir de façon inappropriée (ex. : dire des paroles blessantes, automutilation).		
15.	(C) Quand j'ai beaucoup d'énergie ou que je ressens trop de tension, je me détends en faisant des passe-temps (ex. : musique, mots croisés, sports, etc.).*		
16.	(B) Il m'est souvent arrivé, par le passé, d'adopter des comportements destructeurs.		

Intégration du surmoi

A : Qualité de l'identification aux valeurs sociales

B : Capacité d'empathie

C : Capacité de ressentir de la culpabilité

La présence d'un ASTÉRISQUE indique que le score est inversé. Une réponse négative (NON) obtient donc un point. Pour tous les autres énoncés, une réponse positive (OUI) obtient un point. ATTENTION : plus le score est élevé et plus les lacunes reliées aux critères (A, B et C) sont présentes.

	Exemples de questions	Oui	Non
1.	(A) Parfois, je me conduis selon les normes sociales en vigueur alors qu'en d'autres moments, il m'arrive de me conduire de façon socialement inacceptable. *		
2.	(B) Si quelqu'un s'est mal comporté avec moi et ce, même de façon légère, je me fais un devoir de lui remettre la pareille et parfois en double.		
3.	(A) Je considère que le système actuel dans lequel on vit est abusif à bien des niveaux, ce qui fait que si j'ai la chance de pouvoir profiter des lacunes du système, je vais la saisir.		
4.	(A/B) Plus jeune, il m'est arrivé d'être méchant avec des animaux.		
5.	(C) Quand je fais des erreurs, j'ai tendance à me culpabiliser beaucoup.		
6.	(A) Il m'est arrivé assez souvent de voler des choses dans le passé.		
7.	(C) Je ne suis pas du genre à me sentir coupable pour mes actions. *		
8.	(A) Jusqu'à maintenant, je n'ai jamais eu de problèmes avec la justice. *		
9.	(B) À l'occasion, j'ai manipulé mes proches pour obtenir des avantages quelconques.		
10.	(A) Plus jeune, je souhaitais secrètement devenir un gangster.		
11.	(B/C) Il n'y a pas de mal à voler les riches, comme les pétrolières ou les assureurs, car ceux-ci nous exploitent beaucoup trop.		
12.	(B/C) Il m'est arrivé de blesser des gens sans que cela ne me dérange car ceux-ci le méritaient bien, à mon avis.		
13.	(A) Je ne suis vraiment pas du genre à mentir aux autres. *		
14.	(B) Quand je suis en colère contre certaines personnes, je me fous complètement de leurs problèmes.		
15.	(A) Les lois sont faites pour être contournées et je ne blâme personne de tenter de tirer profit des lacunes du système.		
16.	(B) Certaines personnes dans mon entourage m'ont déjà accusé d'être insensible.		
17.	(C) Je n'ai aucun regret ni remords face à mon passé. *		
18.	(B) Je suis une personne sensible face aux souffrances des autres. *		

Texte 14

Indices d'angoisse, d'enjeux relationnels et autres manifestations cliniques selon le type de personnalité

Tremblay, G., 2017, *Indices d'angoisse, d'enjeux relationnels et autres manifestations cliniques selon le type de personnalité*

Type de trouble de personnalité	Indices de type d'angoisse, enjeux relationnels et autres : manifestations cliniques
(A) Paranoïde	Angoisses de persécution, de mort. Dans le discours de l'individu, on ressent la peur de l'autre, le besoin de contrôler l'autre pour se protéger d'être attaqué, humilié, etc. Il y a le besoin d'attaquer, d'intimider. La relation à l'autre est une relation de méfiance, de susceptibilité, d'irritabilité. On peut aussi noter la présence d'hypervigilance, de susceptibilité. Le surmoi est plutôt cruel, sadique. Parmi les mécanismes de défense, il y a la projection, le clivage et l'identification projective, qui est très utilisée. – Croyance : Les gens sont des ennemis potentiels. – Conduite : Méfiance, accusation, attaque.
(A) Schizoïde	Angoisses d'anéantissement, de contrôle sadique de la part de l'autre. Le discours fait foi d'un vide relationnel important. La froideur des affects, la rêverie, la solitude sont des apanages de ce type de personnalité. Les relations sont souvent de type dominé-dominant. Le surmoi est souvent cruel, punitif et rigide. L'allure est parfois bizarre ou excentrique. Plusieurs défenses primitives complètent le portrait : clivage, déni, mécanismes primitifs d'identification et de projection. On peut noter l'intellectualisation, la rationalisation. – Croyance : Les autres m'étouffent. – Conduite : Repli sur soi, rêverie.
(A) Schizotypique	Angoisses de morcellement, de dissolution, d'anéantissement. On note une lutte pour maintenir le contact avec la réalité. Dans le discours, la rêverie peut se mêler sérieusement avec la réalité. La perception de soi et de l'autre est plus floue, parfois fondue ensemble (ex. : l'autre m'a regardé, il doit m'aimer). Surmoi cruel. Défenses primitives; projection, déni, identification projective, etc. L'introversion, le repli sur soi et une allure excentrique sont des traits communs. L'affect est parfois discordant, la tolérance à la frustration est faible, les processus cognitifs sont parfois très relâchés. Le surmoi est souvent cruel et sadique. La projection, la dissociation, l'identification projective, le déni, etc. sont présents. – Croyance : Le monde est bizarre. – Conduite : Je préfère mon monde.
(B) Antisociale	Angoisses de vide, de nullité, d'impuissance. Dans le discours, on ressent le manque d'empathie, l'égocentrisme, la manipulation ou le besoin d'utiliser l'autre à des fins personnelles. La relation est instrumentale. On note une absence relative d'intégration du surmoi; la culpabilité et le remords sont très peu ou pas présents. Les défenses primitives liées au déni, l'omnipotence, la dévalorisation de l'objet sont présentes. – Croyance : Le monde est là pour être utilisé. Le reste m'est égal. – Conduite : Exploitation, délit, agression.

Type de trouble de personnalité	Indices de type d'angoisse, enjeux relationnels et autres : manifestations cliniques
(B) Limite	Angoisses de vide intérieur, d'abandon, de rejet. L'anxiété est diffuse, flottante. Présence d'un discours souvent cru, dramatique, où les émotions sont vives, mêlant la colère, la tristesse, la dramatisation. Les images de soi et de l'objet sont fort ambivalentes. Le sentiment d'identité est flou et alterne selon les humeurs du moment. La relation à l'autre est dichotomique; l'autre est perçu tantôt comme le sauveur, tantôt comme le bourreau. Beaucoup d'ambivalence. Le surmoi est cruel, sévère et les valeurs parfois élastiques. Les défenses polymorphes sont nombreuses : clivage, dissociation, déni, projection primitive, idéalisation, dévalorisation, passage à l'acte fréquent, identification projective, dépréciation, etc. – Croyance : Je suis trop vide, trop plein. Je les aime mais je les déteste. Je ne peux pas rester en place. – Conduite : Sautes d'humeur, symptômes polymorphes et passages à l'acte (sexualité, drogue, automutilation, etc.).
(B) Narcissique	Angoisses d'abandon, de rejet, de nullité, d'impuissance. Le discours dénote un besoin constant d'être remarqué, idolâtré. Le discours donne l'impression que la personne ne reçoit jamais assez d'éloges, n'est jamais assez reconnue et qu'on est souvent jaloux d'elle. L'envie et la jalousie sont souvent au rendez-vous. La relation sert à mettre en valeur le soi. La revendication et une allure peu hautaine, peu empathique, peuvent être présentes. Le surmoi est castrateur, rigide. Les défenses incluent souvent l'omnipotence, l'idéalisation, la dévalorisation, le clivage, le déni et autres. – Croyance : Je suis spécial. On me doit reconnaissance et admiration. – Conduite : Revendication, agir en roi avec les autres comme sujets
(B) Histrionique	Angoisses de castration, de nullité, peur de ne pas être à la hauteur, d'être humilié, etc. Tout, dans le discours, semble plus grand que nature, autant les succès que les échecs ou les malheurs. C'est le théâtralisme, la dramatisation, la souffrance qui semble démesurée, l'exagération. La relation à l'autre apparaît superficielle, le discours pouvant être flamboyant mais ennuyeux à cause de détails inutiles et superflus. La mémoire est sélective. Le surmoi est punitif, castrant. L'exagération, la dramatisation sont souvent au rendez-vous. La dissociation, le refoulement, le déni, la négation, la rationalisation, etc. teintent le discours. – Croyance : Je dois impressionner, être le centre d'attraction. – Conduite : Dramatisation, théâtralisation, exagération, séduction.
(C) Obsessionnelle-compulsive	Angoisses de castration, d'humiliation, de ne pas être à la hauteur. Le discours est riche en détails mais souvent ennuyeux. L'affect est réprimé. L'individu est souvent précis, minutieux dans la description des choses. Le souci de perfection et l'inhibition transparaissent dans le discours. On sent chez la personne une souffrance lancinante. Tout a l'air lourd. La relation à l'autre se joue sur ces modes; fortes exigences, rigidité, l'autre est critiqué, pas assez ceci, pas assez cela. L'ambivalence est présente et marque le doute. Le surmoi est rigide, punitif, cruel. L'annulation rétroactive, l'isolation de l'affect, le déplacement, l'intellectualisation, la négation, la dépréciation et autres défenses supérieures sont présentes. – Croyance : Les erreurs sont mauvaises. Je dois les éviter. – Conduite : Perfectionnisme, vérification, organisation, ordre.

Type de trouble de personnalité	Indices de type d'angoisse, enjeux relationnels et autres : manifestations cliniques
(C) Évitante	Angoisses de castration, d'humiliation. Le discours dénote la présence de craintes phobiques, la peur de l'humiliation, les sentiments d'infériorité. La timidité sociale est importante et souligne le besoin de fuir face à des situations sociales génératrices de stress, de s'isoler pour éviter le contact avec l'autre. La relation à l'autre présente des inhibitions. La relation à l'autre est limitée à quelques personnes seulement. Le monde social est restreint. Le surmoi est castrateur, punitif, rigide. Le déni, la fuite, la rationalisation, l'intellectualisation sont présents. – Croyance : Je risque d'être blessé, humilié, embarrassé. – Conduite : Éviter, fuir.
(C) Dépendante	Angoisses d'abandon, de vide intérieur, d'impuissance, de ne pas être à la hauteur. On note dans le discours des indices faisant foi d'un besoin important de se fier à l'autre, d'être pris en charge, d'obtenir aide et soutien. La peur de se retrouver seul et impuissant est constante, même en sourdine. La relation à l'autre est facile mais collante et dénote l'agrippement. Le surmoi est sévère et rigide. Les défenses liées à la dénégation, à la rationalisation, à l'idéalisation de l'autre, à la dévalorisation de soi et au refoulement sont souvent présentes. – Croyance : Je suis impuissant et seul. – Conduite : Symbiose, agrippement.

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

Texte d'introduction du chapitre 3 257

SECTION 3 :
LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE

Texte 15 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 399-411

Texte 16 Drive, Affect and Temperament in Paranoid Personalities 263

SECTION 4 :
LA PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

Texte 17 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 411-422

Texte 18 Schizoid Personalities 289

SECTION 5 :
LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE

Texte 19 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 411-422

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

Présentation

Le chapitre 3 présente les troubles de personnalité regroupés dans le groupe (*cluster*) A, sous la description bizarrerie et l'excentricité. Ils sont au nombre de trois : paranoïde, schizoïde et schizotypique.

Le trouble de personnalité paranoïde se caractérise par une méfiance envahissante qui se retrouve dans quatre ou plus des critères suivants (les chiffres indiquent l'ordre de présentation et de hiérarchie dans le DSM-5):

- **cognition :**
  1) Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent;
  2) est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associes;
  4) discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins;
  6) perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres.
- **fonctionnement interpersonnel :**
  3) est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui;
  7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- **affectivité :**
  5) garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné.
- **contrôle de l'impulsivité :**
  6) est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par un détachement des relations sociales, par une gamme réduite d'expressions émotives et se retrouve dans quatre ou plus des critères suivants :

- **affectivité :**
  4) n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune;
  6) semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui;
  7) fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité.
- **fonctionnement interpersonnel :**
  1) Le sujet ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales;
  2) choisit presque toujours des activités solitaires;
  3) n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes;
  5) n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.

Le trouble de personnalité schizotypique se caractérise par des déficits sociaux et interpersonnels empreints d'une forte gêne, et par une diminution de la capacité dans les relations interpersonnelles. Ce trouble se caractérise aussi par des distorsions cognitives et perceptuelles, un comportement excentrique et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  1) Idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence);
  2) croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple, superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres);
  3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles;
  4) pensée et langage bizarres (par exemple, vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés);
  5) idéation méfiante ou persécutoire.
- **affectivité :**
  6) inadéquation ou pauvreté des affects;
  9) anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

- **fonctionnement interpersonnel :**

  7) comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier;

  8) absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré.

Dans la section 3, nous présentons deux textes sur le trouble de personnalité paranoïde. Ces textes abordent les aspects psychodynamiques de ce trouble. Nous faisons de même dans la section 4 pour le trouble de personnalité schizoïde et dans la section 5 avec le trouble de personnalité schizotypique. Pour ce dernier trouble, il faut relire le texte 17 qui s'applique autant au trouble schizoïde que schizotypique.

D'autre part, l'étudiant trouve sur le site web une formulation de cas d'un trouble de personnalité schizoïde (section 4) réalisée par un expert psychologue.

Cette formulation de cas se présente en cinq séquences :

1. enregistrement brut d'une entrevue avec un patient;
2. anamnèse du cas avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments élaborés dans l'anamnèse;
3. formulation dynamique du cas avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments élaborés dans la formulation dynamique;
4. formulation du diagnostic principal et différentiel avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments diagnostiques;
5. un rapport écrit du cas.

Cet exemple d'une formulation de cas permet à l'étudiant de se sensibiliser aux différentes étapes de la formulation d'un cas, et à la manière dont elle est réalisée.

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

SECTION 3 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ PARANOÏDE

Lectures obligatoires

Texte 15 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality Disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 399-411

Texte 16 Drive, Affect and Temperament in Paranoid Personalities

Lectures suggérées

Akhtar, S., 1990, Paranoid Personality Disorder : A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features,*American*
Journal of Psychotherapy, vol. XLIV, nº. 1, 5-23

MacKinnon, R.A.et R. Michels, 1971, *The psychiatric interview in clinical practice*, Saunders, Philadelphia, 259-268; 273-277

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 254-258

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., *DSM-III-R,* APA, Washington, 163-164

Audio

Une entrevue avec un patient dans la cinquantaine

Texte 16

Drive, Affect and Temperament in Paranoid Personalities

McWilliams, N., 2011, Drive, Affect and Temperament in Paranoid Personality dans *Psychoanalytical Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, The Guilford Press, 214-234.

10

Paranoid Personalities

Most of us have a clear mental image of a paranoid person and recognize the type when it is portrayed fictionally. Peter Sellers's brilliant performance in the classic movie *Doctor Strangelove,* for example, captures the suspiciousness, humorlessness, and grandiosity that strike familiar chords in any of us who have paranoid acquaintances, or who recognize the comic elaboration of the paranoid streak we can all find in ourselves. Identifying less flagrant paranoid presentations requires a more disciplined sensibility. The essence of paranoid personality organization is the habit of dealing with one's felt negative qualities by disavowing and projecting them; the disowned attributes then feel like external threats. The projective process may or may not be accompanied by a consciously megalomanic sense of self.

The diagnosis of paranoid personality structure implies to many people a serious disturbance in mental health, yet as with other dynamics that infuse personality, this type of organization exists on a continuum of severity from psychotic to normal (Freud, 1911; Meissner, 1978; D. Shapiro, 1965). As with the personality types in the preceding chapters, the defense that defines paranoia may derive from a time before the child had clarity about internal versus external events, where self and object were thus confused. Paranoia intrinsically involves experiencing what is inside as if it were outside the self. It may be that "healthier" paranoid people are rarer than "sicker" ones, but someone can have a paranoid character at any level of ego strength, identity integration, reality testing, and object relations.

The trait-based descriptions of paranoid personality disorder in DSM-IV are from a clinician's perspective rather superficial, but the manual is accurate in noting that our knowledge of this personality type may be limited. A paranoid person has to be in fairly deep trouble before he or she seeks (or is brought for) psychological help. In contrast to depressive, hysterical, or masochistic people, for example, higher-functioning paranoid individuals tend to avoid psychotherapy unless they are in severe emotional pain or are causing significant upset to others. Because they are not disposed to trust strangers, paranoid people are also unlikely to volunteer to be research subjects.

People with normal-level paranoid characters often seek out political roles, where their disposition to oppose themselves to forces they see as evil or threatening can find ready expression. Reporters and satirists have often portrayed Dick Cheney as paranoid, but even if they hate his politics, they have seldom questioned his capacity to cope efficaciously in the world. At the other end of the continuum, some serial murderers who killed their victims out of the conviction that the victims were trying to murder them exemplify the destructiveness of projection gone mad; that is, paranoia operating without the moderating effects of more mature ego processes and without a solid grounding in reality. Several recent notorious murders seem to have had a paranoid basis.

I want to emphasize again as I did in Chapter 5 that attributions of paranoia should not be made on the basis of an interviewer's belief that a person seeking help is wrong about the danger he or she is in. Some people who look paranoid are actually being stalked or persecuted—by members of a cult they have left, for example, or by a rejected lover or a disaffected relative. (Some people who are diagnosably paranoid are also realistically imperiled; in fact, the off-putting qualities of many paranoid people make them natural magnets for mistreatment.) Some people who are not characterologically paranoid become temporarily so in paranoiagenic situations that are humiliating and entrapping. When interviewing for diagnostic purposes, one should not reject out of hand the possibility that the interviewee is legitimately frightened, or that those who are urging him or her to seek therapy have a personal stake in making the client look crazy.

Contrastingly, some individuals who are in fact paranoid do not appear to be. Nonparanoid associates in their social group—and the interviewer for that matter—may share their beliefs about the dangers of certain people, forces, or institutions (terrorists, capitalists, religious authorities, pornographers, the media, the government, patriarchy, racists—whatever is seen as the obstacle to the triumph of good) and may therefore fail to discern that there is something internally generated and driven about their preoccupations (Cameron, 1959). If Congress-

man Allard Lowenstein had fathomed the paranoid character of Dennis Sweeney, one of his protégés in the student movements of the 1960s and the man who later assassinated him in the grip of a delusion, he might have known better than to behave in a way that was interpretable as sexually seductive, and he might still be alive (see D. Harris, 1982). But Lowenstein and Sweeney had similar beliefs about what social evils required confrontation, and where Lowenstein's were not primarily projections, Sweeney's were.

There are also people whose perceptions turn out to be prescient, who are nevertheless paranoid. Howard Hughes had a consuming terror of the consequences of atomic testing in Nevada at a time when few others were concerned with nuclear contamination of the environment. Years later, as the toll exacted by radiation became clearer, he looked a lot less crazy. But the eventual vindications of his point of view do not make his psychology less paranoid; the events of his later life speak for the extent to which his own projections were the source of his suffering (Maheu & Hack, 1992). My aim in bringing up all these possibilities is to stress the importance of making informed, reflective diagnostic judgments instead of automatic, a priori assumptions—especially with clients whose grim, suspicious qualities may make them hard to warm up to.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN PARANOIA

Because they see the sources of their suffering as outside themselves, paranoid people in the more disturbed range are likely to be more dangerous to others than to themselves. They are much less suicidal than equally disturbed depressives, although they have been known to kill themselves to preempt someone else's expected destruction of them. The angry, threatening qualities of many paranoid people have prompted speculations that one contributant to a paranoid psychology is a high degree of innate aggression or irritability. It stands to reason that high levels of aggressive energy would be hard for a young child to manage and integrate into a positively valued sense of self, and that the negative responses of caregivers to an obstreperous, demanding infant or toddler would reinforce the child's sense that outsiders are persecutory. There has not been much recent research relating paranoia to temperament; in 1978 Meissner marshalled empirical evidence connecting it with an "active" symptomatic style in infancy (irregularity, nonadaptability, intensity of reaction, and negative mood) and with a thin stimulus barrier and consequent hyperexcitability.

Affectively, paranoid people struggle not only with anger, resentment, vindictiveness, and other visibly hostile feelings, they also suf-

fer overwhelmingly from fear. Silvan Tomkins (e.g., 1963) regarded the paranoid stance as a combination of fear and shame. The downward-left eye movements common in paranoid people (the "shifty" quality that even nonprofessionals notice) are physically a compromise between the horizontal-left direction specific to the affect of pure fear and the straight-down direction of uncontaminated shame (S. Tomkins, personal communication, 1972). Even the most grandiose paranoid person lives with the terror of harm from others and monitors each human interaction with extreme vigilance.

Analysts have long referred to the kind of fear suffered by paranoid clients as "annihilation anxiety" (Hurvich, 2003); that is, the terror of falling apart, being destroyed, disappearing from the earth. Anyone who has experienced this level of dread knows how terrifying it is. The research of Jaak Panksepp (1998) into mammalian affect has identified this kind of anxiety as part of the FEAR system that evolved evolutionarily to cope with the possibility of predation. Panksepp differentiates it from attachment/separation anxiety that belongs neurobiologically to the PANIC system and is mediated by serotonin. Paranoid anxiety tends not to be quelled by serotonin reuptake inhibitors, but is instead responsive to benzodiazepines, alcohol, and other "downer" drugs, which may be why paranoid patients often struggle with addiction to those chemical agents.

As for shame, that affect is as great a menace to paranoid people as to narcissistic ones, but paranoid people experience the danger differently. Narcissistic individuals, even arrogant ones, suffer conscious feelings of shame if they feel unmasked. Their energies go into efforts to impress others so that the devalued self will not be exposed. Paranoid people, contrastingly, may use denial and projection so powerfully that no sense of shame remains accessible within the self. The energies of the paranoid person are therefore spent on foiling the efforts of those who are seen as bent on shaming and humiliating them. People with narcissistic character structures are afraid of revealing their inadequacies; those with paranoid personalities are afraid of other people's malevolence. This focus on the assumed motives of others rather than on what is happening internally can be, as anyone experienced with paranoid patients can testify, a formidable obstacle to therapy.

Also like narcissistic people, paranoid individuals are vulnerable to envy. Unlike them, they handle it projectively. The degree of anger and intensity they have to manage may account for some of the difference. Resentment and jealousy, sometimes of delusional proportions, darken their lives. These attitudes may be directly projected (the conviction that "others are out to get me because of the things about me that they envy"); more often, they are ancillary to the denial and projection

of other affects and impulses, as when a paranoid husband, oblivious to his own normal fantasies of infidelity, becomes convinced his wife is dangerously attracted to other men. Frequently involved in this kind of jealousy is an unconscious yearning for closeness with a person of the same sex. Because such longings may be unconsciously confused with erotic homosexuality (Karon, 1989), which can frighten heterosexual males, the wishes are abhorred and denied. These desires for care from a man then resurface as the conviction that it is, for example, one's girlfriend rather than oneself who wants to be more intimate with a mutual male friend.

Finally, paranoid people are profoundly burdened with guilt, a feeling that may be unacknowledged and projected in the same way that shame is. Some reasons for their deep sense of badness will be suggested below, along with ways of trying to relieve it therapeutically. Their unbearable burden of unconscious guilt is another feature of their psychology that makes paranoid clients so hard to help: They live in terror that when the therapist *really* gets to know them, he or she will be shocked by all their sins and depravities, and will reject or punish them for their crimes. They are chronically warding off this humiliation, transforming any sense of culpability in the self into dangers that threaten from outside. They unconsciously expect to be found out, and they transform this fear into constant, exhausting efforts to discern the "real" evil intent behind anyone else's behavior toward them.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN PARANOIA

Projection, and disavowal of what is projected, dominate the psychology of the paranoid person. Depending on the patient's ego strength and degree of stress, the paranoid process may be at a psychotic, borderline, or neurotic level. Let me first review those differences. In a frankly psychotic person, upsetting parts of the self are projected and fully believed to be "out there," no matter how crazy the projections may seem to others. The paranoid schizophrenic who believes that homosexual Bulgarian agents have poisoned his water is projecting his aggression, his wish for same-sex closeness, his ethnocentrism, and his fantasies of power. He does not find ways of making his beliefs fit with conventional notions of reality; he may be quite convinced that he is the only one in the world who sees the threat.

Because reality testing is not lost in people at a borderline level of personality organization, paranoid patients in the borderline range project in such a way that those on whom disowned attitudes are projected are subtly provoked to feel those attitudes. This is projective identifica-

tion: The person tries to get rid of certain feelings, yet retains empathy with them and needs to reassure the self that they are justified. The borderline paranoid person works to make what is projected "fit" the target. Thus the woman who disowns her hatred and envy announces to her therapist in an antagonistic manner that she can tell that the therapist is jealous of her accomplishments; comments made in a sympathetic spirit are reinterpreted by the client as evidence of envy-driven wishes to undermine and control, and soon the therapist, worn down by being steadily misunderstood, is hating the patient and envying her freedom to vent her spleen (Searles, 1959). This remarkable process torments therapists, who do not choose our profession expecting to have to endure such powerful negative feelings toward those we hope to help; it accounts for the general intolerance among many mental health professionals toward both borderline and paranoid patients.

In paranoid people at the neurotic level, internal issues are projected in a potentially ego-alien way. That is, the patient projects yet has some observing part of the self that eventually will be capable, in the context of a reliable relationship, of acknowledging the externalized contents of the mind as projection. People who, in an intake interview, describe themselves as paranoid are often in this category (though borderline and psychotic paranoid clients may sometimes talk this way also, in an effort to show that they know the jargon but without any real internal appreciation that their fears constitute projections). I knew one of my patients was getting better when he came in announcing that he was having fantasies that I was critical, even though he couldn't find any evidence of my critical attitude. Sensitive to the possible grain of truth in a projection, I said something like, "Well, let me think about whether there *is* some way in which I may have been critical," and he responded, "Can't you sometimes just let it be my crazy paranoia?!"

A talented and healthy but characterologically paranoid client of mine was subject to profound fears that I would sell him out in the service of my need to look good to others. If a professional in the community who knew both of us were to criticize him to me, he was sure that I would somehow convey agreement. (Meanwhile, when he felt hurt by me, he had no reluctance to complain about me in ways that made some of my colleagues quite critical of my treatment of him.) Even before he was able to understand this fear as the projection of his own—unnecessarily hated—needs for acceptance and admiration, plus the projection and acting out of his defensive criticism, he was willing to consider that he might be putting on me something that I did not deserve.

The need of the paranoid person to handle upsetting feelings projectively entails the use of an unusual degree of denial and its close relative, reaction formation. All of us project; indeed, the universal

disposition toward projection is the basis for transference, the process that makes analytic therapy possible. But paranoid people do it in the context of such a great need to disavow upsetting attitudes that it feels like a whole different process from projective operations in which denial is not so integral. Freud (1911) accounted for paranoia, at least of the psychotic variety, by the successive unconscious operations of reaction formation ("I don't love you; I hate you") and projection ("I don't hate you; you hate me"). Implicit in this formulation is the paranoid person's terror of experiencing normal loving feelings, presumably because prior attachment relationships were toxic. Freud thought same-sex longing was particularly implicated in paranoia, but my own experience suggests that any kind of longing feels unbearably dangerous to a paranoid person.

Freud's paradigm shows only one of several possible routes by which a paranoid person may emerge at a psychological place very far from the original, more humanly comprehensible attitudes that initiated the paranoid process (Salzman, 1960). Karon (1989) summarizes the ways in which a delusional paranoid person can handle wishes for same-sex closeness:

> If one considers the different ways in which one could contradict the feeling "I love him," one derives many typical delusions. "I do not love him, I love me (megalomania)." "I do not love him, I love her (erotomania)." "I do not love him, she loves him (delusional jealousy)." "I do not love him, he loves me (projecting the same-sex longing, producing a delusional homosexual threat)." "I do not love him, I hate him (reaction formation)." And, finally, most common, projecting the delusional hatred as "He hates me, hence, it is alright for me to hate him (and if I hate him, I do not love him)." (p. 176)

Again, a significant difficulty in working with paranoid people concerns how long and convoluted is the distance between their basic affects and their defensive handling of them.

RELATIONAL PATTERNS IN PARANOID PSYCHOLOGY

Clinical experience suggests that children who grow up paranoid have suffered severe insults to their sense of efficacy; they have repeatedly felt overpowered and humiliated (MacKinnon et al., 2006; Tomkins, 1963; Will, 1961). The father of Daniel Paul Schreber, from whose report of a paranoid psychosis Freud (1911) extracted a theory of paranoia, was reportedly a domineering patriarch who advocated, and insisted on his son's adopting, arduous physical regimes intended to toughen up chil-

dren (Niederland, 1959). Then Schreber suffered humiliation by authorities he had trusted and by the legal system of his era (Lothane, 1992).

Criticism, capricious punishment, adults who cannot be pleased, and utter mortification are common in the backgrounds of paranoid people. Those who rear children who become paranoid also frequently teach by example. A child may observe suspicious, condemnatory attitudes in parents, who emphasize—paradoxically, in view of their abusive qualities and the objectively kinder worlds of school and community—that family members are the only people one can trust. Paranoid people in the borderline and psychotic ranges may come from homes where criticism and ridicule dominated familial relationships, or where one child, the future sufferer of paranoia, was the scapegoat—the target of the family members' hated and projected attributes, especially those in the general category of "weakness." In my experience, those in the neurotic-to-healthy range tend to come from families in which warmth and stability were combined with teasing and sarcasm.

Another source of paranoid personality organization is unmanageable anxiety in a primary caregiver. A paranoid patient of mine came from a family in which the mother was so chronically nervous that she took a thermos of water with her everywhere she went (for her dry mouth) and described her body as having "turned into a cement block" from accumulated tension. Whenever her daughter would come to her with a problem, the mother would either deny it, because she could not bear any additional worries, or catastrophize about it, because she could not contain her anxiety. The mother was also confused about the line between fantasy and behavior and hence conveyed to her child that thoughts equaled deeds. The daughter got the message that her private feelings, whether loving or hateful, had a dangerous power.

For example, when once as an adult my patient told her mother that in reaction to her husband's arbitrariness she had challenged him, her mother first contended she was misreading him: He was a devoted husband, and she must be imagining anything objectionable coming from him. When my patient persisted with an account of the argument, her mother urged her to be careful, as he might beat her up or abandon her if provoked (she herself had been battered and then divorced by her husband). And when my patient went on to vent anger at how he had acted, she was begged to think about something else so that her negative thoughts would not make things worse. An adolescent prototype for this interaction was her telling her mother of her father's effort to molest her. The mother managed both to insist that it had not happened and to blame it on her daughter's sexuality.

This well-meaning but very disturbed mother, who had had no comfort as a youngster, was incapable of comforting. In her daughter's

formative years, her anxiety-soaked advice and dire predictions compounded the girl's fears. My client thus grew up being able to console herself only by drastic transformations of her feelings. When I began working with her, she had already seen several therapists who had been defeated by her bottomless need and relentless hostility. All of them had seen her as paranoid in either the psychotic or low-level borderline range. Her capacity to report transactions like the preceding to me, and to comprehend how destructive similar ones had been all her life, came only after many years of therapy.

One can detect in the preceding example of distorted maternal responsiveness several different seeds of paranoia. First, both reality and the patient's normal emotional reactions to it were disconfirmed, instilling fear and shame rather than a sense of being understood. Second, denial and projection were modeled. Third, primitive omnipotent fantasies were reinforced, laying the foundation for a diffuse and overwhelming guilt. Finally, the interaction created additional anger while resolving none of the original distress, thus magnifying the patient's confusion about basic feelings and perceptions. In situations like this, in which a person has been implicitly insulted (in this case, seen as unappreciative, incapable of managing feelings, dangerous), he or she must at some level feel even more aggravated than originally. But such a reaction may be judged as either incomprehensible or evil because the insulting party was only trying to help.

Such mind-muddling transactions get replicated repeatedly in the adult relationships of paranoid people. Their internalized objects keep undermining both the paranoid person and those to whom he or she relates. If a child's primary source of knowledge is a caregiver who is deeply confused and primitively defended, who—in desperate attempts to feel safe or important—uses words not to express honest feeling but to manipulate, the child's subsequent human relations cannot be unaffected. The struggle of the paranoid person to understand what is "really" going on (D. Shapiro, 1965) is comprehensible in this light, as is the bewilderment, helplessness, and estrangement that beset people dealing with paranoid friends, acquaintances, and relatives.

The mother's anxiety was not the only influence on this woman's psychology, of course. If she had had any significant caregiver capable of relating in a confirmatory way, her personality would probably not have developed in a paranoid direction. But her father, prior to abandoning his family when she was an older teenager, was frighteningly critical, explosive, and disrespectful of boundaries. The tendency of paranoid people to lash out rather than endure the anxiety of passively awaiting inevitable mistreatment ("I'll hit you before you hit me") is another well-known and unfortunate cost of this kind of parenting (Nydes, 1963).

The presence of a frightening parent and the absence of people who can help the child process the resulting feelings (except by making them worse) is, according to many therapists who have successfully mitigated the condition, a common breeding ground for paranoia (MacKinnon et al., 2006).

Because of their orientation toward issues of power and their tendency to act out, paranoid people have some qualities in common with psychopathic ones. But a critical difference lies in their capacity to love. Even though they may be terrified by their own dependent needs and wracked with suspicion about the motives and intentions of those they care about, paranoid individuals are capable of deep attachment and protracted loyalty. However persecutory or inappropriate their childhood caregivers were, paranoid clients apparently had enough availability and consistency in their early lives to be able to attach, albeit anxiously or ambivalently. Their capacity to love is what makes therapy possible in spite of all their hyperreactivity, antagonisms, and terrors.

THE PARANOID SELF

The main polarity in the self-representations of paranoid people is an impotent, humiliated, and despised image of the self versus an omnipotent, vindicated, triumphant one. A tension between these two images suffuses their subjective world. Cruelly, neither position affords any solace: A terror of abuse and contempt goes with the weak side of the polarity, whereas the strong side brings with it the inevitable side effect of psychological power, a crushing guilt.

The weak side of this polarity is evident in the degree of fear with which paranoid people chronically live. They never feel fully safe and spend inordinate energy scanning the environment for dangers. The grandiose side is evident in their "ideas of reference": Everything that happens has something to do with them personally. This is most obvious in psychotic levels of paranoia, instances in which a patient believes, say, that he or she is the personal target of an international spy ring or is receiving covert messages during TV commercials about the incipient end of the world. But I have also heard high-achieving, reality-oriented clients ruminate about whether the fact that someone sat in their usual chair revealed a plot to harass and humiliate them. Incidentally, such clients often do not come across as paranoid in the intake interview, and it can be startling to hear, after several sessions, the emergence of the organizing conviction that everything that happens to them reflects the significance to other people of their personal existence.

The megalomania of paranoid people, whether unconscious or overt, burdens them with unbearable guilt. If I am omnipotent, then all kinds of terrible things are my fault. The intimate connection between guilt and paranoia can be intuitively comprehended by any of us who have felt culpable and then worried about being exposed and punished. I notice that when one of my students is late turning in a paper, he or she avoids me whenever possible, as if the only thing on my mind is that transgression and my planned retribution. A woman I was treating who was having an extramarital affair reported with amusement that while she was on a drive with her lover, holding hands in the car, she noticed a police vehicle ahead and pulled her hand away.

When an unbearable attitude is denied and projected, the consequences can be grave. A connection between paranoia and disavowed homosexual preoccupations has been noted for some time by clinicians (e.g., Searles, 1961) and was confirmed by some empirical studies (e.g., Aronson, 1964) several decades ago. More recently, Adams, Wright, and Lohr (1996) did a series of experiments that showed that the more a man was aroused by homosexual imagery, the more homophobic he tested. Paranoid people, even the minority of them who have acted on homoerotic feelings, may regard the idea of same-sex attraction as upsetting to a degree that is scarcely imaginable to the nonparanoid. To gay and lesbian people, who find it hard to see why their sexual orientation is perceived as so threatening, the homophobia of some paranoid groups is truly menacing.

As the brief triumph of Nazism demonstrates (and Nazism targeted gay people, mentally disabled people, and the Roma, as well as the Jews), when paranoid trends are shared by a whole culture or subculture, the most horrific possibilities arise. Students of the rise of Nazism (e.g., Gay, 1968; Rhodes, 1980; F. Stern, 1961) locate its psychological origins in the same kinds of events that clinicians have found in the childhoods of paranoid individuals. The crushing humiliation of Germany in World War I and the subsequent punitive measures that created runaway inflation, starvation, and panic, with little responsiveness from the international community, laid the groundwork for the appeal of a paranoid leader and the organized paranoia that is Nazism (for a description of the role of paranoia in recent American politics, see Welch, 2008).

At the core of the self-experience of paranoid people is a profound emotional isolation and need for what Sullivan (1953) called "consensual validation" from a "chum" or what Benjamin (1988) later called "recognition." The main way in which paranoid people try to enhance their self-esteem is through exerting effective power against authorities and other people of importance. Experiences of vindication and triumph give them a relieving (although fleeting) sense of both safety and moral

rectitude. The dreaded litigiousness of paranoid individuals derives from this need to challenge and defeat the persecutory parent. Some people with paranoid personalities provide devoted service to victims of oppression and mistreatment, because their disposition to battle unjust authorities and vindicate underdogs keeps them on the barricades far longer than other well-meaning social activists whose psychodynamics do not similarly protect them against burnout.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH PARANOID PATIENTS

Transference in most paranoid patients is swift, intense, and often negative. Occasionally, the therapist is the recipient of projected savior images, but more commonly he or she is seen as potentially disconfirming and humiliating. Paranoid clients approach a psychological evaluation with the expectation that the interviewer is out to feel superior by exposing their badness, or is pursuing some similar agenda that has nothing to do with their well-being. They tend to strike clinicians as grim, humorless, and poised to criticize. They may fix their eyes relentlessly on the therapist in what has been called the "paranoid stare."

Not surprisingly, interviewers respond with a sense of vulnerability and general defensiveness. Countertransference is usually either anxious or hostile; in the less common instance of being regarded as a savior, it may be benevolently grandiose. In any case, the therapist is usually aware of strong reactions, in contrast to the often subtler countertransferences that arise with narcissistic and schizoid patients. Because of the combination of denial and projection that constitute paranoia, causing the repudiated parts of the self to be extruded, therapists of paranoid patients often find themselves consciously feeling the aspect of an emotional reaction that the client has exiled from consciousness. For example, the patient may be full of hostility, whereas the therapist feels the fear against which the hostility is a defense. Or the patient may feel vulnerable and helpless, while the therapist feels sadistic and powerful.

Because of the weight of these internal reactions in the therapist, and the extent to which they betray to a sensitive person the degree of suffering that a paranoid client is trying to manage, there is a countertransference tendency in most therapists to try to "set the patient straight" about the unrealistic nature of whatever danger the patient believes he or she is in. Most of us who have practiced for any length of time have had at least one client who seemed to be crying out for reassurance and yet, upon receiving it, became convinced that we were part of the conspiracy to divert him or her from a terrible threat. The therapist's powerlessness

to give much immediate help to a person who is so unhappy and suspicious is probably the earliest and most intimidating barrier to establishing the kind of relationship that can eventually offer relief.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF PARANOID PERSONALITY

The first challenge a therapist faces with a paranoid patient is creating a solid working alliance. Although establishing such a relationship is necessary (and sometimes challenging) for the successful treatment of any client, it is particularly important in work with paranoid people because of their difficulty trusting. A beginning student of mine, asked about his plan for working with a very paranoid woman, commented, "First I'll get her to trust me. Then I'll work on assertiveness skills." Wrong. When a paranoid person truly trusts the therapist, many years may have passed, and the treatment has been a huge success. But the student was right in one sense: There has to be some initial embrace by the client of the possibility that the therapist is well intentioned and competent. This takes not only considerable forbearance from the therapist, it takes some capacity for comfort talking about the negative transference and conveying that the degree of hatred and suspicion aimed at the clinician is to be expected. The therapist's unflustered acceptance of intense hostility fosters the patient's sense of safety from retribution, mitigates fear that hatred destroys, and exemplifies how aspects of the self that the patient has regarded as evil are simply ordinary human qualities.

This section will be longer than in other chapters because effective work with paranoid clients differs substantially from "standard" psychoanalytic practice. Although it has in common the goals of understanding at the deepest level, bringing into consciousness the unknown aspects of the self, and promoting the most thoroughgoing possible acceptance of one's full humanity, it accomplishes these ends differently. For example, interpretation "from surface to depth" is usually impossible with paranoid clients because so many radical transformations of their original feelings have preceded their manifest preoccupations. A man who longs for support from someone of his gender, who has unconsciously misread that yearning as sexual desire, denied that, projected it on to someone else, displaced it, and become overwhelmed with fears that his wife is having an affair with his friend will not have his real concerns addressed if the therapist simply encourages him to associate freely to the idea of his wife's infidelity.

"Analyzing resistance before content" can be similarly ill fated. Commenting on actions or statements made by a paranoid client only

makes that client feel judged or scrutinized like a laboratory guinea pig (Hammer, 1990). Analysis of the defenses of denial and projection elicits only more Byzantine uses of the same defenses. The conventional aspects of psychoanalytic technique—such as exploring rather than answering questions, bringing up aspects of a patient's behavior that may be expressing an unconscious or withheld feeling, calling attention to slips, and so forth—were designed to increase patients' access to internal material and to support their courage to talk more openly about it (Greenson, 1967). With paranoid people, such practices boomerang. If the standard ways of helping clients to open up elicit only further elaborations of a paranoid sensibility, how can one help?

First, one can call on a sense of humor. Many of my teachers advised against joking with paranoid patients lest they feel teased and ridiculed. This caution is warranted, but it does not rule out the therapist's modeling an attitude of self-mockery, amusement at the world's irrationalities, and other nonbelittling forms of wit. Humor is indispensable in therapy—perhaps especially with paranoid clients—because jokes are a time-honored way to discharge aggression safely. Nothing relieves both patient and therapist more than glimpses of light behind the gloomy stormcloud that surrounds a paranoid person. The best way to set the stage for mutual enjoyment of humor is to laugh at one's own foibles, pretensions, and mistakes. Paranoid people miss nothing; no defect in the therapist is safe from their scrutiny. A friend of mine claims to have perfected the "nose yawn," a priceless asset to the conduct of psychotherapy, but I would bet my couch that even he could not fool a good paranoid.

The woman whose history I described earlier in this chapter has never failed to notice my yawning, no matter how immobile my face. I reacted to her initial confrontations about this with apologetic admissions that she had found me out again, and with whining self-pity about not being able to get away with anything in her presence. This kind of reaction, rather than the heavy, humorless exploration of what her fantasy was when she thought I was yawning, has deepened our work together. Naturally, one stands ready to apologize if one's wit is mistaken for ridicule, but the idea that work with hypersensitive patients must be conducted in an atmosphere of oppressive seriousness seems to me unnecessarily fussy and somewhat patronizing. Especially after a reliable alliance has been established, something that may take months or years, judicious teasing, in an effort to make omnipotent fantasies ego alien, can be helpful to a paranoid person. Jule Nydes (1963), who had a gift for working with difficult clients, cites the following interventions:

> One patient ... was convinced that his plane would crash while en route to a well earned vacation in Europe. He was startled and relieved when I

> remarked, "Do you think God is so merciless that He would sacrifice the lives of a hundred other people simply to get at you?"
>
> Another such example is that of a young woman ... who developed strong paranoid fears shortly before her forthcoming marriage which she unconsciously experienced as an outstanding triumph. This was at the time the "mad bomber" was planting his lethal weapons in subway cars. She was certain that she would be destroyed by a bomb, and so she avoided the subway. "Aren't you afraid of the 'mad bomber'?" she asked me. And then before I could reply she sneered, "Of course not. You ride only in taxicabs." I assured her that I rode the subways and that I was unafraid for the very good reason that I knew the "mad bomber" was out to get her, not me. (p. 71)

Hammer (1990), who stresses the importance of indirect, face-saving ways of sharing insights with paranoid patients, recommends the following joke as a way to interpret the drawbacks of projection:

> A man goes toward his neighbor's house to borrow a lawnmower, thinking how nice his friend is to extend him such favors. As he walks along, however, doubts concerning the loan begin to gnaw at him. Maybe the neighbor would rather not lend it. By the time he arrives, the doubts have given way to rage, and as the friend appears at the door the man shouts, "You know what you can do with your damn lawnmower; shove it!" (p. 142)

Humor, especially willingness to laugh at oneself, is probably therapeutic in that to the patient it represents being "real," rather than playing a role and pursuing a secret game plan. The histories of paranoid people may be so bereft of basic authenticity that the therapist's direct emotional honesty comes as a revelation about how people can relate to each other. With some reservations cited below, having to do with maintaining clear boundaries, I recommend being quite forthcoming with paranoid clients. This means responding to their questions honestly rather than withholding answers and investigating the thoughts behind the inquiry; it is my experience that when the manifest content of a paranoid person's concern is respectfully addressed, he or she becomes more rather than less willing to look at the latent concerns represented in it.

Second, one can "go under" or "sidestep" or "do an end run around" (depending on one's favored metaphor) the complex paranoid defense and into the affects against which it has been erected. In the case of the man consumed with ruminations about his wife's possible infidelity, one could be helpful by commenting on how lonely and unsupported he seems to feel. It is startling to see how fast a paranoid rant can disappear if the therapist simply lets it run its course, avoiding all temptations to deconstruct a convoluted defensive process, and then engages empathi-

cally with the disowned, projected feelings from which the angry preoccupation originally sprang.

Often the best clue to the feeling being defended against is one's countertransference; paranoid people are usefully imagined as actually projecting their unacknowledged attitudes physically into the therapist. Thus, when the patient is in an unrelenting, righteous, powerful rage, and the therapist feels resultingly threatened and helpless, it may be deeply affirming for the client to be told, "I know that what you're in touch with is how angry you are, but I sense that in addition to that anger, you're coping with profound feelings of fear and helplessness." Even if one is wrong, the client hears that the therapist wants to understand what is creating such severe upset.

Third, one can frequently help patients suffering from an increase in paranoid reactions by identifying what has happened in their recent experience to upset them. Such triggers often involve separation (a child has started school, a friend has moved away, a parent has not answered a letter), failure, or—paradoxically—success (failures are humiliating; successes involve omnipotent guilt and fears of envious attack). One of my patients tends to go on long paranoid tirades, during which I can usually figure out what he is reacting to only after 20 or 30 minutes. If I assiduously avoid confronting his paranoid operations and instead comment on how he may be underestimating how bothered he is by something that he mentioned in passing, his paranoia tends to lift without any analysis of that process at all. Educating people to notice their states of arousal and to look for triggers often preempts the paranoid process altogether. And I have found that especially if one can tap into underlying grief and bear gentle witness to the client's pain, paranoia may evaporate.

One should usually avoid direct confrontation of the content of a paranoid idea. Paranoid people are acutely perceptive about emotion and attitude; where they get mixed up is on the level of interpretation of the meaning of these manifestations (Josephs & Josephs, 1986; Meissner, 1978; D. Shapiro, 1965; Sullivan, 1953). When one challenges their interpretations, they tend to believe that one is telling them they are crazy for having seen what they saw, rather than suggesting that they have misconstrued its implications. Hence, although it is tempting to offer alternative interpretations, if one does this too readily, the patient feels dismissed, disparaged, and robbed of the astute perceptions that stimulated the paranoid interpretation.

When a paranoid client is brave enough to ask outright whether the clinician agrees with his or her understanding of something, the therapist can offer other interpretive possibilities with suitable tentativeness ("I can see why you thought the man intended to cut you off, but another

possibility is that he'd had a fight with his boss and would have been driving like a maniac no matter who was on the road"). Note that the therapist in this example has not substituted a more benevolent motive for the paranoid person's self-referential one ("perhaps he was swerving to avoid hitting an animal") because if paranoid people think one is trying to pretty up intentions that they know are debased, they will get more anxious. Note also that the comment is made in the tone of a throwaway line, so that the patient can either take it or leave it. With paranoid patients one should avoid asking them to explicitly accept or reject the therapist's ideas. From their perspective, acceptance may equal a humiliating submission, and rejection may invite retribution.

Fourth, one can make repeated distinctions between thoughts and actions, holding up the most heinous fantasies as examples of the remarkable, admirable, creative perversity of human nature. The therapist's capacity to feel pleasure in hostility, greed, lust, and similar less-than-stellar tendencies without acting them out helps the patient to reduce fears of an out-of-control, evil core. Lloyd Silverman (1984) stressed the general value of going beyond interpretation of feelings and fantasies to the recommendation that one *enjoy* them, a particularly important dimension of work with paranoid people. Sometimes without this aspect of treatment, patients get the idea that the purpose of therapy is to get them to expose such feelings and be humiliated, or to help them purge themselves of them, rather than to embrace them together as part of the human condition.

When my older daughter was about 3, a nursery school teacher promulgated the idea that virtue involves "thinking good thoughts and doing good deeds." This troubled her. She was relieved when I commented that I disagreed with her teacher and felt that thinking bad thoughts is a lot of fun, especially when one can do good deeds in spite of those thoughts. For months afterward, especially when she was trying not to abuse her infant sister, she would get a mischievous expression on her face and announce, "I'm doing good deeds and thinking very bad thoughts!" Although she was a much quicker study than a person with a lifetime of confusion about fantasy and reality, what I was trying to teach her is the same message that is healing to paranoid clients.

Fifth, one must be hyperattentive to boundaries. Whereas one might sometimes lend a book or spontaneously admire a new hairstyle with another kind of patient, such behaviors are rife with complication when enacted with a paranoid person. Paranoid clients are perpetually worried that the therapist will step out of role and use them for some end unrelated to their psychological needs. Even those who develop intensely idealizing transferences and insist that they want a "real" friendship with

the therapist—perhaps especially these clients—may react with terror if one acts in a way that seems uncharacteristically self-extending.

Consistency is critical to a paranoid person's sense of security; inconsistency stimulates fantasies that wishes have too much power. Exactly what the individual therapist's boundaries are (e.g., how missed sessions or phone calls to the therapist's home are handled) matters less than how reliably they are observed. It is much more therapeutic for a paranoid person to rage and grieve about the limits of the relationship than to worry that the therapist can actually be seduced or frightened out of his or her customary stance. While a surprising deviation that speaks for the therapist's caring can light a spark of hope for a depressive person, it may ignite a blaze of anxiety in a paranoid patient.

On this topic, I should mention the risk of pseudoerotic transference storms in paranoid clients. Same-sex therapists may have to be even more carefully professional than opposite-sex ones, on account of the vulnerability of many paranoid people to homosexual panic, but both may find themselves suddenly the target of an intense sexualized hunger or rage. The combination of extreme psychological deprivation and cognitive confusion (affection with sex, thoughts with action, inside with outside) often produces erotized misunderstandings and fears. The best the therapist can do is to restore the therapeutic frame, tolerate the outburst, normalize the feelings behind the eruption, and differentiate between those feelings and the behavioral limits that make psychotherapy possible.

Finally, it is critical that one convey both personal strength and unequivocal frankness to paranoid clients. Because they are so full of hostile and aggressive strivings, so confused about where thoughts leave off and actions begin, and so plagued with feelings of destructive omnipotence, their greatest worry in a therapy relationship is that their evil inner processes will injure or destroy the therapist. They need to know that the person treating them is stronger than their fantasies. Sometimes what matters more than what is said to a paranoid person is how confidently, forthrightly, and fearlessly the therapist delivers the message.

Most people who have written about the actual experience of treating paranoid people (as opposed to the much larger literature theorizing about the origins of paranoid processes) have stressed respect, integrity, tact, and patience (Arieti, 1961; Fromm-Reichmann, 1950; Hammer, 1990; Karon, 1989; MacKinnon et al., 2006; Searles, 1965). Some, especially those who have worked with psychotic clients, have recommended joining in the patient's view of reality, in order to create enough affirmation that the patient can start shedding the paranoid constructions that

therapist and client now seem to share (Lindner, 1955; Spotnitz, 1969). Most writers, however, feel one can convey respect for the client's view of the world without going that far.

Because of their excruciating sensitivity to insult and threat, it is not possible to treat paranoid patients without some debacles. Periodically, the therapist will be made into a monster (Reichbart, 2010), as the client makes what Sullivan (1953) called "malevolent transformations" and suddenly experiences the therapist as dangerous or corrupt. Sometimes the therapy work seems like an endless exercise in damage control. In the short run, one has to tolerate a protracted feeling of standing alone, since people with paranoid psychologies are not inclined to confirm, by verbal acknowledgment or visible appreciation, one's exertions in the service of understanding. But a devoted, reasonably humble, honest practitioner can make a radical difference over the years with a paranoid person, and will find beneath all the client's rage and indignation a deep well of warmth and gratitude.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

The diagnosis of paranoid personality structure is usually easy to make, except, as noted previously, in instances in which a person is high functioning and trying to keep the extent of his or her paranoia hidden from the interviewer. As with schizoid clients, attention to the possibility of psychotic processes in a manifestly paranoid patient is warranted.

Paranoid versus Psychopathic Personality

In Chapter 7 I commented on the differential importance of guilt as a central dynamic in the respective psychologies of paranoid and antisocial people. I should also mention love. If a paranoid person feels that you and he or she share basic values, and that you can be counted upon in adversity, there is virtually no limit to the loyalty and generosity of which the person may be capable. Projective processes are common in antisocial people, but where psychopaths are fundamentally unempathic, paranoid people are deeply object related. The main threat to long-term attachment in paranoid people is not lack of feeling for others but rather experiences of betrayal; in fact, they are capable of cutting off a relationship of 30-years' duration when they feel wronged. Because they connect with others on the basis of similar moral sensibilities and hence feel that they and their love objects are united in an appreciation of what is good and right, any perceived moral failing by the person with whom they are identified feels like a flaw in the self that must be eradicated by banish-

ing the offending object. But a history of aborted relationships is not the same thing as an inability to love.

Paranoid versus Obsessive Personality

Obsessive people share with paranoid individuals a sensitivity to issues of justice and rules, a rigidity and denial around the "softer" emotions, a preoccupation with issues of control, a vulnerability to shame, and a penchant for righteous indignation. They also scrutinize details and may misunderstand the big picture because of their fixation on minutia. Further, obsessional people in the process of decompensating into psychosis may slide gradually from irrational obsessions into paranoid delusions. Many people have both paranoid and obsessional features.

People in these respective diagnostic categories differ, however, in the role of humiliation in their histories and sensitivities; the obsessive person is afraid of being controlled but lacks the paranoid person's fear of physical harm and emotional mortification. Obsessive patients are more likely to try to cooperate with the interviewer despite their oppositional qualities, and therapists working with them do not suffer the degree of anxiety that paranoid patients induce. Standard psychoanalytic technique is usually helpful to obsessive clients; rage reactions to conventional clarifications and interpretations in a patient one has believed to be obsessional may be the first sign that his or her paranoid qualities predominate.

Paranoid versus Dissociative Psychology

Many people with dissociative identity disorder have an alter personality that carries the paranoia for the personality system and may impress an interviewer as representative of the whole person. Because emotional mistreatment is implicated in the etiologies of both paranoia and dissociation, the coexistence in individual people of these processes is common. In Chapter 15 I discuss the diagnosis of dissociative disorders thoroughly enough that it will be clear how to discriminate an individual with a paranoid personality from a dissociative person with a paranoid alter personality or paranoid tendencies.

SUMMARY

I have described the manifest and latent qualities of people whose personalities are predominantly paranoid, stressing their reliance on projection. Possible etiological variables include innate aggressiveness or irri-

tability, and consequent susceptibilities to fear, shame, envy, and guilt. I considered the role of formative experiences of threat, humiliation, and projective processes in the family system, and anxiety-ridden, contradictory messages in the development of this type of personality organization, and I described the paranoid person's sense of self as alternately helplessly vulnerable and omnipotently destructive, with ancillary preoccupations resulting from a core fragility in identity and self-esteem. Finally, I discussed the intensity of transference and countertransference processes, especially those involving rage.

I recommended that therapists of paranoid patients demonstrate a good-humored acceptance of self and an amused appreciation of human foibles; work with affect and process rather than defense and content; identify specific precipitants of symptomatic upset, avoiding frontal assaults on paranoid interpretations of experience; distinguish between ideas and actions; preserve boundaries; and convey attitudes of personal power, authenticity, and respect. Finally, I differentiated people with predominantly paranoid psychologies from those with psychopathic, obsessive, and dissociative types of personality organization.

SUGGESTIONS FOR FURTHER READING

The most comprehensive book on paranoia may be Meissner's *The Paranoid Process* (1978). But D. Shapiro's (1965) chapter on the paranoid style is better written, shorter, and livelier. Much recent psychoanalytic writing on paranoia has addressed social justice issues or commented on political phenomena, as paranoia is central to the process by which groups achieve cohesion by exploiting fears of other groups. The journal *Psychoanalytic Review* recently devoted an interesting issue (2010, vol. 97[2]) to this topic, in which I have an essay.

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

SECTION 4 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

Lectures obligatoires

Texte 17 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality Disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 411-422

Texte 18 Schizoid Persnalities

Lectures suggérées

Akhtar, S., 1987, Schizoid Personality Disorder : A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features, *American Journal of Psychotherapy*, vol. XLI, nº 4, 499-518

Frances, A, et Ross, R., DSM-IV- CAS CLINIQUES, Paris, Masson, 258-261

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington, 250-251

Audio

Une entrevue avec un patient dans la cinquantaine

Texte 18
Schizoid Personalities

McWilliams, N., 2011, Schizoid Personalities dans *Psychoanalytical Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, The Guilford Press, 196-212.

9

Schizoid Personalities

The person whose character is essentially schizoid is subject to widespread misunderstanding, based on the common misconception that schizoid dynamics are always suggestive of grave primitivity. Because the incontrovertibly psychotic diagnosis of schizophrenia fits people at the disturbed end of the schizoid continuum, and because the behavior of schizoid people can be unconventional, eccentric, or even bizarre, nonschizoid others tend to pathologize those with schizoid dynamics—whether or not they are competent and autonomous, with significant areas of ego strength. In fact, schizoid people run the gamut from the hospitalized catatonic patient to the creative genius.

As with the other typological categories, a person may be schizoid at any level, from psychologically incapacitated to saner than average. Because the defense that defines the schizoid character is a primitive one (withdrawal into fantasy), it may be that healthy schizoid people are rarer than sicker ones, but I do not know of any research findings or disciplined clinical observations that support this assumption empirically. There is long-standing evidence (E. Bleuler, 1911; M. Bleuler, 1977; Nannarello, 1953; Peralta, Cuesta, & de Leon, 1991) and some recent suggestions from neuroscience and genetics (Weinberger, 2004) that the most frequent premorbid personality type in those who become schizophrenic is schizoid. But the converse idea, that all schizoid people are at risk of a psychotic break, has no empirical basis.

One reason schizoid people may be pathologized is that they are comparatively rare. People in majorities tend to assume that their own psychology is normative and to equate difference with inferiority (as

happened with people of minority sexual orientation for many years). The psychoanalytic concept of the schizoid person has a lot in common with the Jungian concept of the introvert, specifically the kind of individual who would test as an introverted, intuitive, feeling, judging type (INFJ) on the Jungian-derived Myers Briggs inventory. INFJs constitute only about 1% of the overall population in the areas where personality distribution has been studied, and are understood as having strengths as "mystics" or "confidants."

Vocations like philosophical inquiry, spiritual discipline, theoretical science, and the creative arts attract people with this kind of character. At the high-functioning end of the schizoid spectrum we might find people like Ludwig Wittgenstein, Martha Graham, and other admirably original and somewhat eccentric individuals. Albert Einstein (1931) wrote about himself:

> My passionate sense of social justice and social responsibility has always contrasted oddly with my pronounced lack of need for direct contact with other human beings and human communities. I am truly a "lone traveler" and have never belonged to my country, my home, my friends, or even my immediate family, with my whole heart; in the face of all these ties, I have never lost a sense of distance and a need for solitude.... (p. 9)

In 1980, with the publication of DSM-III, conditions that most analysts would regard as different possibilities on the schizoid spectrum, or as minor variants on a general schizoid theme, appeared as discrete categories in the DSM. Complicated theoretical issues influenced this decision (see Lion, 1986), one reflecting differences of current opinion that echo old controversies about the nature of certain schizoid states (Akhtar, 1992; E. Bleuler, 1911; Gottesman, 1991; Jaspers, 1963; Kraepelin, 1919; Kretschmer, 1925; Schneider, 1959). Many analytic practitioners continue to regard the diagnoses of schizoid, schizotypal, and avoidant personality disorders as nonpsychotic versions of schizoid character, and the diagnoses of schizophrenia, schizophreniform disorder, and schizoaffective disorder as psychotic levels of schizoid functioning.

I am often asked whether I see schizoid people as on the autistic spectrum, and I am not sure how to answer. Our taxonomic categories remain arbitrary and overlapping, and acting as if there are discrete present-versus-absent differences between labels is not usually wise clinically, when one is trying to get a sense of a patient's individual uniqueness. Perhaps schizoid psychology, especially in its high-functioning versions, can be reasonably viewed as at the healthy end of the autistic spectrum. Certainly on the basis of their observable behavior, some

schizoid individuals seem as unrelated, odd, and detached as those with diagnosed autism or Asperger syndrome.

But people who are diagnosably autistic often report an internal inability to imagine what others are thinking and feeling and being motivated by, whereas schizoid people, despite their withdrawal, are more likely to be preternaturally attuned to the subjective experience of others. I have heard Asperger-diagnosed parents say that they had to be taught that their children need to be hugged. Even if he had trouble getting himself to hug his child, a schizoid father would have no difficulty understanding the child's need. Schizoid people are more likely to describe themselves as overwhelmed by affect than as lacking it. So in these areas there seems to me a significant difference in the territory under consideration.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN SCHIZOID PSYCHOLOGY

Clinical experience suggests that temperamentally, the person who becomes schizoid is hyperreactive and easily overstimulated. Schizoid people often describe themselves as innately sensitive, and their relatives frequently mention their having been the kind of baby who shrinks from too much light or noise or motion (cf. Bergman & Escalona, 1949, on babies with unusual sensitivities). It is as if the nerve endings of schizoid individuals are closer to the surface than those of the rest of us. Doidge (2001) depicts them as "hyperpermeable" to external impingements. Although most infants cuddle, cling, and mold themselves to the body of a warm caregiver, some newborns stiffen or pull back as if the adult has intruded on their comfort and safety (Brazelton, 1982; Kagan, 1994). One suspects that such babies are constitutionally prone to schizoid personality structure, especially if there is a "poor fit" (Escalona, 1968) between themselves and their main caregivers.

In the area of drive as classically understood, the schizoid person seems to struggle with oral-level issues. Specifically, he or she is preoccupied with avoiding the dangers of being engulfed, absorbed, distorted, taken over, eaten up. A talented schizoid therapist in a supervision group I belonged to once described to the group members his vivid fantasy that the physical circle of participants constituted a huge mouth or a giant letter C. He imagined that if he exposed his vulnerability by talking candidly about his feelings toward one of his patients, the group would close around him, making the *C* into an *O*, and that he would suffocate and expire inside it.

While fantasies like those of my colleague invite the interpretation that they constitute projections and transformations of the fantasizer's

own hunger (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1961; Seinfeld, 1991), the schizoid person often does not experience appetitive drives as coming from within the self. Rather, the outer world feels full of consuming, distorting threats against security and individuality. Fairbairn's understanding of schizoid states as "love made hungry" addresses not the day-to-day subjective experience of the schizoid person but the dynamics underlying the opposite and manifest tendencies: to withdraw, to seek satisfactions in fantasy, to reject the corporeal world. As Kretschmer noted in 1925, schizoid people are even apt to be physically thin, so removed are they from emotional contact with their own greed.

Similarly, schizoid people do not impress one as being highly aggressive, despite the violent content of some of their fantasies. Their families and friends often regard them as unusually gentle, placid people. A friend of mine, whose general brilliance and schizoid indifference to convention I have long admired, was described lovingly at his wedding by an older sister as having always been a "soft person." This softness exists in fascinating contradiction to his affinity for horror movies, true-crime books, and visions of apocalyptic world destruction. The projection of drive can be easily assumed, but this man's conscious experience—and the impression he makes on others—is of a sweet, low-keyed, lovable eccentric. Most analytic thinkers who have worked with people like my friend have inferred that schizoid clients bury both their hunger and their aggression under a heavy blanket of defense.

Affectively, one of the most striking aspects of many high-functioning individuals with schizoid dynamics is their *lack* of common defenses. They tend to be in touch with many emotional reactions at a level of genuineness that awes and even intimidates their acquaintances. It is common for the schizoid person to wonder how everybody else can be lying to themselves so effortlessly when the harsh facts of life are so patent. Part of the alienation from which schizoid people suffer derives from their experiences of not having their own emotional, intuitive, and sensory capacities validated—because others simply do not see what they do. The ability of a schizoid person to perceive what others disown or ignore is so natural and effortless that he or she may lack empathy for the less lucid, less ambivalent, less emotionally harrowing world of nonschizoid peers.

Schizoid people do not seem to struggle quite the way narcissistic people do with shame or introjectively depressive people do with guilt. They tend to take themselves and the world pretty much as is without the internal impetus to make things different or to shrink from judgment. Yet they may suffer considerable anxiety about basic safety. When they feel overwhelmed, they hide—either literally with a hermit's reclusiveness or by retreat into their imagination (Kasanin & Rosen, 1933; Nannarello, 1953). The schizoid person is above all else an outsider, an onlooker, an observer of the human condition. One of my schizoid

friends told me his tombstone should read, "Here lies _____. He read and thought about life to the hilt."

The "split" implied in the etymology of the word "schizoid" exists in two areas: between the self and the outside world, and between the experienced self and desire (see Laing, 1965). When analytic commentators refer to split experience in schizoid people, they refer to a sense of estrangement from part of the self or from life that is essentially "dissociative" (another word used frequently by analysts personally and professionally acquainted with schizoid psychology, such as D. W. Winnicott). The defense mechanism of splitting, in which a person alternately expresses one ego state and then another opposite one, or divides the world defensively into all-good and all-bad aspects, is a different use of the word.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN SCHIZOID PSYCHOLOGY

As I noted previously, the pathognomonic defense in schizoid personality organization is withdrawal into an internal world of imagination. In addition, schizoid people may use projection and introjection, idealization, devaluation, and to a lesser extent, the other defenses that have their origins in a time before self and other were fully differentiated psychologically. Among the more "mature" defenses, intellectualization seems to be the preference of most schizoid people. They rarely rely on mechanisms that blot out affective and sensory information, such as denial and repression; similarly, the defensive operations that organize experience along good-and-bad lines, such as compartmentalization, moralization, undoing, reaction formation, and turning against the self, are not prominent in their repertoires. Under stress, schizoid individuals may withdraw from their own affect as well as from external stimulation, appearing blunted, flat, or inappropriate, often despite showing evidence of heightened attunement to affective messages coming from others.

The most adaptive and exciting capacity of the schizoid person is creativity. Most truly original artists have a strong schizoid streak—almost by definition, given that one has to stand apart from convention to influence it in a new way. Healthier schizoid people turn their assets into works of art, scientific discoveries, theoretical innovations, or spiritual pathfinding, while more disturbed individuals in this category live in a private hell where their potential contributions are preempted by their terror and estrangement. The sublimation of autistic withdrawal into creative activity is a primary goal of therapy with schizoid patients.

RELATIONAL PATTERNS IN SCHIZOID PSYCHOLOGY

The primary relational conflict of schizoid people concerns closeness and distance, love and fear. A deep ambivalence about attachment pervades their subjective life. They crave closeness yet feel the constant threat of engulfment by others; they seek distance to reassure themselves of their safety and separateness yet may complain of alienation and loneliness (Eigen, 1973; Karon & VandenBos, 1981; Masterson & Klein, 1995; Modell, 1996; Seinfeld, 1991). Guntrip (1952), who depicted the "classic dilemma" of the schizoid individual as "that he can neither be in a relationship with another person nor out of it, without in various ways risking the loss of both his object and himself," refers to this dilemma as the "in and out programme" (p. 36).

Schopenhauer's famous parable about porcupines on a cold night (see Luepnitz, 2002) captures the dilemma of schizoid people: When they move close for warmth, they prick one another; when they move away from the pain, they get cold. This conflict can be enacted in the form of intense but brief connection followed by long periods of retreat. A. Robbins (1988) summarizes the dynamic as the message, "Come close for I am alone, but stay away for I fear intrusion" (p. 398). Sexually, some schizoid people are remarkably apathetic, often despite being functional and orgasmic. The closer the other, the greater the worry that sex means enmeshment. Many a heterosexual woman has fallen in love with a passionate musician, only to learn that her lover reserves his sensual intensity for his instrument. Similarly, some schizoid people crave unattainable sexual objects, while feeling vague indifference toward available ones. The partners of schizoid people sometimes complain of a mechanical or detached quality in their lovemaking.

Object relations theories of the genesis of schizoid dynamics have been, in my own view, burdened by efforts to locate the origins of schizoid states in a particular phase of development. The adequacy of the fixation–regression hypothesis in accounting for type of character structure is, as I suggested previously, problematic, yet its appeal is understandable: It normalizes puzzling phenomena by considering them simple residues of ordinary infantile life. Melanie Klein (1946) thus traced schizoid mechanisms to a universal paranoid–schizoid position of early infancy, before the child has fully taken in the separateness of others. Other early object relations analysts followed suit in developing explanatory paradigms in which schizoid dynamics were equated with regression to neonatal experience (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1971). For a long time, theorists tended to accept the developmental bias of the fixation–regression model, yet they differed about which early phase is the fixation point. For example, in the Kleinian tradition, Giovac-

chini (1979) regarded schizoid disorders as essentially "prementational," whereas Horner (1979) assigned their origins to a later age when the child emerges from symbiosis.

The concept of schizoid personality overlaps considerably with the paradigm of avoidant attachment, one of the insecure attachment styles (Wallin, 2007). Babies labeled "avoidant" or "dismissive" by attachment researchers react to Ainsworth's Strange Situation with what looks like indifference to whether or not their mother is present. Although they may seem perfectly comfortable, their heart rates during separation have been found to be elevated, and their cortisol (stress hormone) levels rise (Spangler & Grossmann, 1993; Sroufe & Waters, 1977). Ainsworth and colleagues (1978) reported that the mothers of these children were rejecting of their normal dependency. Grossmann and Grossmann (1991) later noted that they were particularly unresponsive to sadness in their babies. Main and Weston (1982) described mothers of avoidant infants as brusque, emotionally unexpressive, and averse to physical contact with their children.

These findings are interesting to consider in the context of clinical speculations about the interpersonal etiologies of schizoid personality. A parent who is dismissive or contemptuous of a child's neediness could certainly foster a defensive self-sufficiency in that child (Doidge, 2001; Fairbairn, 1940). Some people with a history of early isolation and neglect may be understood as having learned to make a virtue out of a necessity by avoiding closeness and relying on their inner world for stimulation. Harry Stack Sullivan and Arthur Robbins, two analysts whose own schizoid trends prompted them to interpret the schizoid experience to the larger mental health community, both suffered significant early deprivation of companionship (Mullahy, 1970; A. Robbins, 1988).

A seemingly opposite type of relatedness that may encourage a child's withdrawal is an impinging, overinvested, overinvolved kind of parenting (Winnicott, 1965). The schizoid man with the smothering mother is a staple of popular literature and can also be found in scholarly work. A type of family background commonly reported to clinicians by schizoid male patients is a seductive or boundary-transgressing mother and an impatient, critical father. Although DSM-IV gives no information on gender distribution for schizoid, schizotypal, and avoidant diagnoses, it is my impression that therapists see more males than females with schizoid personalities. This would accord with the psychoanalytic observation that because most primary caregivers are female, and because girls identify with female caregivers whereas boys tend to disidentify from them eventually (Chodorow, 1978, 1989; Dinnerstein, 1976), women are more prone to disorders characterized by too much attachment (e.g.,

depression, masochism, dependent personality disorders) and men to those characterized by too little (e.g., psychopathy, sadism, schizoid conditions).

The content, not just the degree, of parental involvement may also contribute to the development of a pattern of schizoid aloofness and withdrawal. Numerous observers of the families of people who developed a schizophrenic psychosis have stressed the role of contradictory and confusing communications in psychotic breakdowns (Bateson et al., 1956; Laing, 1965; Lidz & Fleck, 1965; Searles, 1959; Singer & Wynne, 1965a, 1965b). It is possible that such patterns foster schizoid dynamics in general. A child raised with double-binding, pseudomutual, emotionally dishonest messages could easily come to depend on withdrawal to protect the self from intolerable levels of confusion and anger. He or she would also feel deeply hopeless, an attitude often noted in schizoid patients (e.g., Giovacchini, 1979).

It is typical of the literature on schizoid phenomena—an extensive literature because of the huge social cost of schizophrenia—that contrasting and mutually exclusive formulations can be found everywhere one looks (Sass, 1992). These inconsistencies uncannily mirror the dissociated self-states of the schizoid person. It is not impossible that both impingement and deprivation codetermine the schizoid pattern: If one is lonely and deprived, yet the only kind of parenting available is unempathic and intrusive, a conflict between yearning and avoiding, between closeness and distance, would be highly likely.

Elizabeth Howell (2005) notes that Fairbairn's conceptualization of schizoid experience can form a basis for also understanding dissociative disorders, borderline phenomena, and narcissism (p. 3), all of which have elements of falseness, split experience, difficulty with affect tolerance, and internalization of toxic others. Schizoid psychology in particular may emerge from a pattern of microdissociations in response to traumatic overstimulation by caregivers who are insensitive to the child's temperamental sensitivity and intensity. Masud Khan's (1963, 1974) studies of schizoid conditions inferred "cumulative trauma" from failures of realistic maternal protection inherent in the mother's intense overidentification with the baby. Some contemporary students of trauma and dissociation (e.g., R. Chefetz, personal communication, September 12, 2010) consider schizoid psychology to be understandable through the lens of dissociative processes (disordered affect regulation and somatic experience, chronic depersonalization and/or derealization, etc.) as the product of repetitive relational trauma. In a vivid communication of this process, a talented musician once told me, with characteristic schizoid access to imagery, that before his father died (when he was 9), the world was in color; afterward, it was in black and white.

THE SCHIZOID SELF

One of the most striking aspects of people with schizoid personalities is their disregard for conventional social expectations. In dramatic contrast to the narcissistic personality style, the schizoid person may be markedly indifferent to the effect he or she has on others and to evaluative responses coming from those in the outside world. Compliance and conformity go against the grain for schizoid people, whether or not they are in touch with a painful subjective loneliness. Even when they see some expediency in fitting in, they tend to feel awkward and even fraudulent making social chitchat or participating in communal forms, regarding them as essentially contrived and artificial. The schizoid self tries to stand at a safe distance from the rest of humanity.

Many observers have commented on the detached, ironic, and faintly contemptuous attitude of many schizoid people (E. Bleuler, 1911; M. Bleuler, 1977; Sullivan, 1973). This tendency toward an isolated superiority may have its origins in fending off the incursions of an overcontrolling or overintrusive Other about which I have just hypothesized. Even in the most seemingly disorganized schizophrenic patients, a kind of deliberate oppositionality has long been noted, as if the patient's only way of preserving a sense of self-integrity is in making a farce of every conventional expectation. Under the topic of "counter-etiquette," Sass (1992) comments on this phenomenon:

> Cross-cultural research has shown ... that schizophrenics generally seem to gravitate toward "the path of most resistance," tending to transgress whatever customs and rules happen to be held most sacred in a given society. Thus, in deeply religious Nigeria, they are especially likely to violate religious sanctions; in Japan, to assault family members. (p. 110)

One way of understanding these apparently deliberate preferences for eccentricity and defiance of custom is to assume that the schizoid person is assiduously warding off the condition of being defined—psychologically taken over and obliterated—by others.

Abandonment is thus a lesser evil than engulfment to schizoid people. Anticipating Blatt's (2008) comprehensive work on the polarities of self-definition and relationship, Michael Balint (1945), in a famous essay with the evocative title "Friendly Expanses—Horrid Empty Spaces," contrasted two antithetical characters: the philobat (lover of distance), who seeks the comforts of solitude when upset, and the "ocnophil" (lover of closeness), who gravitates toward others, seeking a shoulder to cry on. Schizoid people are the ultimate philobats. Perhaps predictably,

since human beings are often drawn to those with opposite and envied strengths, schizoid people tend to attract (and to be attracted to) warm, expressive, sociable people such as those with hysterical personalities. These proclivities set the stage for certain familiar and even comic problems in which the nonschizoid partner tries to resolve interpersonal tension by continually moving closer, whereas the schizoid person, fearing engulfment, keeps moving farther away.

I do not want to give the impression that schizoid individuals are cold or uncaring. They may care very much about other people yet still need to maintain a protected personal space. Some gravitate to careers in psychotherapy, where they put their exquisite sensitivity to use safely in the service of others. Allen Wheelis (1956), who may have experienced himself as schizoid, wrote an eloquent essay on the attractions and hazards of a psychoanalytic career, stressing how people with a core conflict over closeness and distance may be drawn to the profession of psychoanalysis. As an analyst, one gets to know others more intimately than anyone else has ever known them, but one's own exposure is within predictable professional bounds.

For someone with schizoid dynamics, self-esteem is often maintained by individual creative activity. Issues of personal integrity and self-expression tend to dominate self-evaluative concerns. Where the psychopath pursues evidence of personal power, or the narcissist seeks admiring feedback to nourish self-regard, the schizoid person wants confirmation of his or her genuine originality, sensitivity, and uniqueness. This confirmation must be internally rather than externally bestowed, and because of their high standards for creative endeavors, schizoid people are often rigorously self-critical. They may take the pursuit of authenticity to such extreme lengths that their isolation and demoralization are virtually guaranteed.

Sass (1992) has compellingly described how schizoid conditions are emblematic of modernity. The alienation of contemporary people from a communal sensibility, reflected in the deconstructive perspectives of 20th-century art, literature, anthropology, philosophy, and criticism, has eerie similarities to schizoid and schizophrenic experience. Sass notes in particular the attitudes of alienation, hyperreflexivity (elaborate self-consciousness), detachment, and rationality gone virtually mad that characterize modern and postmodern modes of thought and art, contrasting them with "the world of the natural attitude, the world of practical activity, shared communal meanings, and real physical presences" (p. 354). His exposition also calls effectively into question numerous facile and oversimplified accounts of schizophrenia and the schizoid experience.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH SCHIZOID PATIENTS

Although one would assume intuitively from their predilection for withdrawal that schizoid people would shun encounters as intimate as psychotherapy and psychoanalysis, when treated with consideration and respect, they are often appreciative of and cooperative in the therapy process. The clinician's discipline in addressing the client's own agenda, and the safe distance created by the customary boundaries of treatment (time limitations, fee arrangements, ethical prohibitions against social or sexual relationships with clients), seem to decrease the schizoid person's fears about enmeshing involvements.

Schizoid clients approach therapy with the same combination of sensitivity, honesty, and fear of engulfment that typifies their other relationships. They may be seeking help because their isolation from the rest of the human community has become too painful, or because they have suffered a loss of one of the very few people they felt close to, or because they have circumscribed goals related to their isolation, such as a wish to get over an inhibition against dating or pursuing other specific social behaviors. Sometimes the psychological disadvantages of their personality type are not evident to them; they may want relief from a depression or an anxiety state or another symptom syndrome. At other times, they may arrive for treatment afraid—sometimes rightly—that they are on the brink of going mad.

It is not uncommon for a schizoid person to be tongue-tied and to feel empty, lost, and pained in the early phases of therapy. An anguished schizoid woman I treated (McWilliams, 2006a), who became mute for long periods in every session, finally telephoned to tell me, poignantly, "I want you to know that I want to talk to you, but it hurts too much." A therapist may have to endure long silences while the patient internalizes the safety of the setting. Eventually, however, unless a client is excruciatingly nonverbal or confusingly psychotic, most people with schizoid psychologies are a pleasure to work with. As one would expect, they are often highly perceptive of their internal reactions, and they are grateful to have a place where honest self-expression will not arouse alarm, disdain, or derision. I have been touched many times by the gratitude of schizoid individuals when they feel understood and treated with respect, not only when patients have expressed such appreciation, but when I get warm e-mails from self-diagnosed schizoid readers who spontaneously thank me for writing this chapter and another article (McWilliams, 2006b) that explores their psychology without pathologizing them.

The initial transference–countertransference challenge for the therapist working with a schizoid patient is to find a way into the person's

subjective world without arousing too much anxiety about intrusion. Because schizoid people may withdraw into detached and obscure styles of communication, it is easy to fall into a counterdetachment, in which one regards them as interesting specimens rather than as fellow creatures. Their original transference "tests," as per control–mastery theory, involve efforts to see whether the therapist is concerned enough for them to tolerate their confusing, off-putting messages while maintaining the determination to understand and help. Naturally, they fear that the therapist will, like other people in their lives, withdraw from them emotionally and consign them to the category of hopeless recluse or amusing crackpot.

The history of efforts to understand schizoid conditions is replete with examples of "experts" objectifying the lonely patient, being fascinated at schizoid phenomena but keeping a safe distance from the emotional pain they represent and regarding the schizoid person's verbalizations as meaningless, trivial, or too enigmatic to bother to decode. The current psychiatric enthusiasm for physiological explanations of schizoid states is a familiar version of this disposition not to take the schizoid person's subjectivity seriously. As Sass (1992) has argued, efforts to find biochemical and neurological contributions to schizoid and schizophrenic states do not obviate the continuing need to address the *meaning* of the schizoid experience to the patient. In *The Divided Self*, R. D. Laing (1965) reassesses a schizophrenic woman interviewed by Emil Kraepelin. The patient's words, which had been incomprehensible to Kraepelin, gain meaning when regarded from Laing's empathic perspective. Karon and VandenBos (1981) present case after case of helpable patients who might easily be dismissed as "management" projects by clinicians who are untrained or unwilling to try to understand them.

People who are characterologically schizoid and in no danger of a psychotic break—the majority of schizoid people—provoke much less incomprehension and defensive detachment in their therapists than do hospitalized schizophrenics, the subject of most of the serious analytic writing on pathological withdrawal. But the same therapeutic requirements apply, in less extreme degree. The patient needs to be treated as if his or her internal experience, even if outlandish to others, has potentially discernable meaning and can constitute the basis for a nonthreatening intimacy with another person. The therapist must keep in mind that the aloofness of the schizoid client is an addressable defense, not an insurmountable barrier to connection. If the clinician can avoid acting on countertransference temptations either to prod the patient into premature disclosure, or to objectify and distance him or her, a solid working alliance should evolve.

Once a therapeutic relationship is in place, certain other emotional complexities may ensue. In my experience, the subjective fragility of the schizoid person is mirrored in the therapist's frequent sense of weakness or helplessness. Images and fantasies of a destructive, devouring external world may absorb both parties to the therapy process. Counterimages of omnipotence and shared superiority may also be present ("We two form a universe"). Fond perceptions of the patient as a unique, exquisite, misunderstood genius or underappreciated sage may dominate the therapist's inner responses, perhaps in parallel to the attitude of an overinvolved parent who imagined greatness for this special child.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF SCHIZOID PERSONALITY

The therapist who works with a schizoid patient must be open to a degree of authenticity and a level of awareness of emotion and imagery that would be possible only after years of work with patients of other character types. While I have known many practitioners who do well with many kinds of clients without having undergone a thoroughgoing personal analysis, I doubt that unless they are schizoid themselves, they can respond effectively to schizoid patients without having had extensive therapeutic exposure to their own inner depths.

Because many therapists have somewhat depressive psychologies, and their fears of abandonment are thus stronger than their fears of engulfment, they naturally try to move close to people they wish to help. Empathy with the schizoid patient's need for emotional space may consequently be hard to come by. A supervisor of mine once commented about my earnest and overly impinging efforts to reach a schizoid patient, "This man needs bicarbonate of soda, and you keep trying to feed him pumpkin pie." Emmanuel Hammer (1968) commented on the effectiveness of simply moving one's chair farther from the patient, thus giving nonverbal reassurance that the therapist will not intrude, hurry, take over, or smother.

In the early phases of therapy, most interpretation should be avoided on the basis of the patient's fears of being treated intrusively. Also, schizoid patients probably know more about their inner life than the therapist can at this point. Comments and casual reactions may be gratefully accepted, but efforts to push the client beyond what he or she is expressing will disconcert or antagonize the schizoid person, increasing tendencies toward withdrawal. Susan Deri (1968) emphasized the importance of phrasing one's remarks in the words or images just used by the patient

in order to reinforce the person's sense of reality and internal solidity. Hammer (1990) further cautioned against probing, quizzing, or treating the schizoid patient in a way that makes him or her feel like a "case."

Normalizing is an important part of effective therapy with schizoid people. In Chapter 4 I discussed the general technique of "interpreting up" with reference to people at the psychotic end of the psychotic–borderline–neurotic axis; it may also be useful for schizoid patients at any level of psychological health because of their difficulty believing that their hyperacute reactions will be understood and appreciated. Even if they are demonstrably high functioning, most schizoid people worry that they are fundamentally aberrant, incomprehensible to others. They want to be fully known by the people they care about, but they fear that if they are completely open about their inner life, they will be exposed as freaks.

Even those schizoid people who are confident of the superiority of their perceptions are not indifferent to the effect they may have in alienating others. By behaving in a way that conveys that the schizoid person's inner world is comprehensible, the therapist helps the client to take in the experience of being accepted without being asked to submit to the agenda of another person. Eventually, schizoid patients accrue enough self-esteem that even when other people fail to understand, they can appreciate that the difficulty may lie in the limitations of others rather than in the grotesqueness of their own sensibilities. The therapist's reframing of imaginal richness as talent rather than pathology may be deeply relieving to schizoid people, who may have had their emotional reactions disconfirmed or minimized all their lives by less sensitive commentators.

One way to give a schizoid patient confirmation without being experienced as either engulfing or minimizing is to use artistic and literary sources of imagery to communicate understanding of the patient's issues. A. Robbins (1988) describes the early part of his own psychoanalysis as follows:

> When there were many lengthy silences in which I had little sense of what to say or how to communicate my feelings regarding my life history, fortunately my analyst did not desert me. Sometimes he would offer me "bedtime stories" [Robbins had never been read to as a child] in the form of citing plays, literature, and movies that had some relevance to the diffuse threads and images I presented to him in treatment. My curiosity was aroused by the references, and I made a point of reading the material. The likes of Ibsen, Dostoyevsky, and Kafka became important sources of rich symbolic material that seemed to mirror and clarify my inner experiences. Literature, and later art, seemed to give symbolic form to what I was trying

> to express. Most importantly, this material provided a significant means of sharing emotionally with my analyst. (p. 394)

A. Robbins and his colleagues (1980; A. Robbins, 1989) have made rich contributions to the creative arts therapies and have elaborated on the aesthetic dimension of psychoanalytic work with clients, aspects of therapy that hold particular promise for those who are schizoid.

Perhaps the most common obstacle to therapeutic progress with schizoid patients—once the therapy relationship is soundly in place and the work of understanding is proceeding—is the tendency for both therapist and patient to form a kind of emotional cocoon, in which they feel they understand each other comfortably and look forward to therapy sessions as a respite from a demanding world. Schizoid people have a tendency, with which an empathic therapist may unwittingly collude, to try to make the therapy relationship a substitute for, rather than an enhancer of, their lives outside the consulting room. Considerable time may go by before the therapist notices that although the patient develops rich insights in nearly every session, he or she has not gone to a social function, asked anybody out, improved a sexual relationship, or embarked on a creative project.

The generalization to the outside world of the schizoid client's attainment of a safe intimacy with the therapist can be a challenge. The therapist confronts the dilemma of having been hired to foster better social and intimate functioning yet realizing that any reminders to the patient that he or she is not pursuing that goal may be received as intrusive, controlling, and unempathic with the need for space. This tension is addressable, and the naming of it may deepen the schizoid person's appreciation of how powerful is the conflict between desire for closeness and fear of it. As with most aspects of therapy, timing is everything.

A. Robbins (1988) has emphasized the importance of the therapist's willingness to be seen as a "real person," not just a transference object. This recommendation has particular relevance for the schizoid person, who has an abundance of "as if" relationships and needs the sense of the therapist's active participation as a human being: supporting risks in the direction of relationships, being playful or humorous in ways that were absent in the schizoid person's history, and responding with attitudes that counteract the patient's tendencies to hide or "pass" or go through the motions of connecting emotionally with others. Authenticity is important with every client, but for those with schizoid personalities, it is critical at a cellular level. With these sensitive people who have radar for falseness, one finds that the client's transference reactions are not only not obscured by a more responsive therapeutic style, they may even become more accessible.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Schizoid psychology is usually easy to recognize, given the relative indifference of schizoid people to making a conventional impression on the interviewer. The central diagnostic challenge is assessing the strength of the client's ego: schizoid people may be misunderstood as both more and less troubled than they are, depending on what they share with the interviewer. Less portentously, some obsessive and compulsive people, especially in the borderline-to-psychotic range, are easily misconstrued as more schizoid than they are.

Degree of Pathology

It is critical, first of all, to evaluate how disturbed a person in the schizoid range is. It is probably experience with the importance of this dimension that led the contributors to DSM-IV to give several alternative schizoid diagnoses, something they did not do for several other personality disorders that also exist with a wide range of severity. Obviously, it is critical to consider possible psychotic processes in an intake interview; questions about hallucinations and delusions, attention to the presence or absence of disordered thinking, evaluation of the patient's capacity to distinguish ideas from actions, and, in puzzling instances, psychological testing are warranted with people who present with a schizoid style. Medication and/or hospitalization may be indicated when the results of such inquiries suggest psychosis.

Misunderstanding a schizophrenic person as a nonpsychotic schizoid personality can be a costly blunder. It is an equally unfortunate mistake, however, to assume that a patient is at risk of decompensation simply because he or she has a schizoid character. Schizoid people are often seen as sicker than they are, and for a therapist to make this error compounds the insults these clients have absorbed throughout a life in which their individuality may have always been equated with lunacy. (Actually, even with a psychotic patient, the therapist's stance that the client is not "just" a schizophrenic but a person with significant strengths, who can reasonably expect to be helped, is the most effective reducer of psychotic-level anxiety.)

Admiration for the schizoid person's originality and integrity is a therapeutic attitude that is easy to adopt once one has accepted the fact that schizoid processes are not necessarily ominous. Some healthy schizoid individuals who have come to therapy about a problem not inextricably tied up with their personality will not want their eccentricities to be addressed. This is their right. Therapeutic knowledge of how to make a schizoid person comfortable and self-

revealing can still facilitate work on the issues that the patient does wish to confront.

Schizoid versus Obsessive and Compulsive Personalities

Schizoid people often isolate themselves and spend a great deal of time thinking, even ruminating, about the major issues in their fantasy life. They can also, because of their conflict about closeness, appear wooden and affectless, and may respond to questions with intellectualization. Some have quirks of behavior that are or appear to be compulsive, or they use compulsive defenses to arrange their lives by an idiosyncratic set of rituals that protects them from disturbing intrusions. Consequently, they can be misunderstood as having an obsessive or obsessive–compulsive personality structure. Many people combine schizoid and obsessive or compulsive qualities, but insofar as the two kinds of personality organization can be discussed as "pure" types, there are some important differences.

Obsessive individuals, in marked contrast to schizoid people, are usually sociable and, in equally marked contrast to the schizoid person's march to a unique drummer, may be highly concerned with respectability, appropriateness, the approval of their peers, and their reputation in the community. Obsessive people are also apt to be moralistic, observing carefully the mores of their reference group, whereas schizoid people have a kind of organic integrity and are not particularly invested in mulling over conventional questions of right and wrong. People with obsessive–compulsive personalities deny or isolate feelings, whereas schizoid individuals identify them internally and pull back from relationships that invite their expression.

SUMMARY

I have emphasized how people with schizoid personalities preserve a sense of safety by avoiding intimacy with others from whom they fear engulfment and by escaping to internal fantasy preoccupations. When conflicted about closeness versus distance, schizoid people will opt for the latter, despite its loneliness, because closeness is associated with unbearable overstimulation and with having the self taken over in noxious ways. Possible constitutional sources of schizoid tendencies include hypersensitivity and hyperpermeability of the self. In addition to the use of autistic-like withdrawal into fantasy, the schizoid person employs other "primitive" defenses but also shows enviable capacities for authenticity and creativity.

CHAPITRE 3
LES PERSONNALITÉS BIZARRES ET EXCENTRIQUES

SECTION 5 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE

Lectures obligatoires

Texte 19 Gabbard, G.O., 2014, Cluster A. Personality Disorders. Paranoid, Schizoid and Schizotypal dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 411-422

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 261-264

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., *DSM-III- R*, APA, Washington, 208-209; 424-426

Audio

Une entrevue avec un patient dans la cinquantaine.

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

Texte d'introduction du chapitre 4 ..... **313**

SECTION 6 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Texte 20 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Antisocial dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 515-543

Texte 21 Drive, Antisocial Personality 319

SECTION 7 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

Texte 22 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Borderline dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 427-479

SECTION 8 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE

Texte 23 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Hysterical and Histrionic dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 545-576

Texte 24 Drive, Hysterical (Histrionic) Personalities 345

SECTION 9 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

Texte 25 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Narcissistic dans Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, APA, Washington, 481-514.

Texte 26 Drive, Affect and Temperament in Narcissistic Personality 371

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES,ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

Présentation

Le chapitre 4 présente les troubles de personnalité du groupe (cluster) B, sous la description de comportement dramatique, émotionnel ou erratique. Ils sont au nombre de quatre : antisocial, limite (borderline), histrionique et narcissique.

Le trouble de personnalité antisociale se caractérise par un modèle généralisé de mépris ou de transgression des droits des autres et se retrouve dans trois ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  1) Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
- fonctionnement interpersonnel :
  2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries;
  6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
- **affectivité**
  7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- **contrôle de l'impulsivité :**
  3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance;
  4) la répétition de bagarres ou d'agressions;
  5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.

Le trouble de personnalité limite se caractérise par un modèle d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi, les affects et une impulsivité qui débute précocement à l'âge adulte. Ce modèle est présent dans une grande variété de contextes, et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi;
  9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

- **fonctionnement interpersonnel**
  1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés;
  2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- **affectivité :**
  6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours);
  7) sentiments chroniques de vide;
  8) colères intenses et inappropriées ; difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- **contrôle de l'impulsivité :**
  4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie); N.B.: Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le Critère 5.
  5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.

Le trouble de personnalité histrionique se caractérise par un modèle d'émotivité excessive et de recherche d'attention dans une variété de contextes, débute précocement à l'âge adulte, et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  5) manière de parler trop subjective mais pauvre en détails;
- **affectivité :**
  3) expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante;
  6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
- **fonctionnement interpersonnel :**
  1) Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui;
  2) l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante;
  4) utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi;
  8) considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité;

- **contrôle de l'impulsivité :**

  7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances.

Le trouble de personnalité narcissique se caractérise par un modèle retrouvé dans un grand nombre de situations de grandiosité (en fantaisie ou en comportement), par un besoin d'admiration et par un manque d'empathie, débute précocement à l'âge adulte, et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cogniton :**

  1) le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport);
  2) est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal;
  3) pense être « spécial » et unique, et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau;
  5) pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.

- **affectivité :**

  4) besoin excessif d'être admiré.

- **fonctionnement interpersonnel :**

  6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins;
  7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui;
  8) envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient;
  9) fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Dans la section 6, nous présentons des textes sur le trouble de personnalité antisocial. Ces textes abordent les aspects psychodynamiques de ce trouble. Nous faisons de même dans la section 7 pour le trouble de personnalité borderline, dans la section 8 avec le trouble de personnalité histrionique, et dans la section 9 pour le trouble de personnalité narcissique.

D'autre part, vous trouverez une formulation de cas d'un trouble de personnalité borderline (section 7) et d'un trouble de personnalité narcissique (section 9) réalisée chacune par un expert psychologue.

Cette formulation de cas se présente en cinq séquences :

1. enregistrement brut d'une entrevue avec une patiente (section 7) et un patient (section 9);
2. anamnèse du cas avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments élaborés dans l'anamnèse;
3. formulation dynamique du cas avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments élaborés dans la formulation dynamique;
4. formulation du diagnostic principal et différentiel avec possibilité de réécouter les séquences audio concernant les éléments diagnostiques;
5. un rapport écrit du cas.

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

SECTION 6 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Textes obligatoires

Texte 20 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Antisocial dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 515-543

Texte 21 Drive, Antisocial Personality

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 265-267

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington, 9-11; 485-487; 34-36

Audio

Une entrevue avec un patient dans la quarantaine.

Texte 21

Drive, Antisocial Personality

McWilliams, N., 2011, Drive, Antisocial Personality dans *Psychoanalytical Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, The Guilford Press, 155-175.

7

Psychopathic (Antisocial) Personalities

I begin discussing the typological categories of personality organization with what are probably the most unpopular and intimidating patients encountered in mental health practice, those who are essentially psychopathic. I am following Meloy (1988) in using the older term for this personality type. The term "antisocial" looks at the phenomenon from the outside, at what is externally visible, with an emphasis on the social consequences of this psychology, whereas I try here to explore the subjective experience and internal dynamics of psychopathic people.

Research has supported Kernberg's (1984) concept of a range of narcissistic conditions (disorders of the self), with extreme psychopathy on the far end (e.g., Gacano, Meloy, & Berg, 1992). Robert Hare (e.g., Hare et al., 1990) distinguishes true psychopaths from people with antisocial tendencies, using the term "psychopath" to denote only a fraction of the larger spectrum. This is a valuable distinction for research, and one that has had vital practical outcomes such as identifying job applicants who would be disastrous employees. For purposes of discussing dynamics that pervade the antisocial spectrum, however, I use the adjective "psychopathic" more loosely, as equivalent to "antisocial," and the noun "psychopathy" for the whole antisocial range. But unlike my practice in 1994 and in deference to Hare's differentiation, I use the noun "psychopath" only for the extreme version of this psychology, and I avoid using "sociopathic," as that term now suggests a dated distinction.

Although there is overwhelming evidence that extreme psychopaths are not treatable (M. H. Stone, 2000), it is possible to have a therapeutic influence on many individuals with antisocial tendencies. People whose personalities are structured along psychopathic lines range from extremely psychotic, disorganized, impulsive, sadistic people like Richard Chase (Biondi & Hecox, 1992; Ressler & Schactman, 1992), who randomly murdered, dismembered, and drank the blood of his victims (in the delusion that his own blood was poisoned, and he needed it to survive), to urbane, polished charmers like the characters depicted by Babiak and Hare (2007) in their chilling work on American corporate psychopaths: *Snakes in Suits*. The psychopathic continuum loads heavily in the borderline-to-psychotic direction, because conceptually, the diagnosis refers to a basic failure of human attachment and a reliance on very primitive defenses.

With Bursten (1973a), however, I would argue that there are people in the higher ranges whose personalities show more psychopathy than any other features and who are reasonably construed as high-level antisocial personalities. Such people have enough identity integration, reality testing, and capacity to use more mature defenses to be considered neither borderline nor psychotic, but their core ways of thinking and acting show an antisocial sensibility. Some highly successful people have had an essentially psychopathic outlook; assuming good-enough ego strength, ruthless indifference to others can make competitive achievements easier than they are for those who are capable of loyalty and thoughtfulness.

In 1939, Henderson differentiated between "passive–parasitic" psychopaths and aggressive violent ones. An example of the former would be a developer of a Ponzi scheme who seems to have a warm family and good friendships (at least until the scam is exposed). As a society, we seem to be more taken aback by this more subtle version of psychopathy than by its more aggressive manifestations, but the exploitive orientation toward others is the same. Bursten's (1973a) criterion for diagnosing a psychopathic person, that his or her organizing preoccupation is "getting over on" or consciously manipulating others, captures the essence of psychopathic psychology. Conceived this way, the diagnosis of characterological psychopathy has nothing to do with overt criminality and everything to do with internal motivation.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN PSYCHOPATHY

The fact that infants differ in temperament from birth (something any parent with more than two children always knew) has now been well

established scientifically (Kagan, 1994; Thomas, Chess, & Birch, 1968). Some areas in which infants have demonstrated innate variability include activity level, aggressivity, reactivity, consolability, and similar factors that might tilt development in a psychopathic direction. Early studies of twins and adoptees (e.g., Vandenberg, Singer, & Pauls, 1986) concluded that people who become antisocial may have more constitutional aggressivity than others. In the years since the first edition of this book, there has been an explosion of brain research showing that our prior assumptions about the separability of what is constitutional and what is learned was naive: Genetic dispositions can be skewed by early experience, genes can be turned on or off, brain chemicals are altered by experience, and everything interacts. In a well-designed longitudinal study, Caspi and colleagues (2002) found that people with a variation in the expression of a gene that breaks down norepinephrine and related neurotransmitters (the monoamine oxidase A [MAOA] variation that can have permanent effects on the X chromosome), are much more likely when subjected to maltreatment to develop violent and antisocial patterns (see Fonagy, 2003; Niehoff, 2003).

Early neglect, abuse, and maltreatment can affect the development of the orbitofrontal cortex, which seems to be the moral center of the brain (Damasio, 1994; Martens, 2002; Yu, 2006). Thus, the biological substrate for the high levels of affective and predatory aggression in antisocial people may not directly implicate their genetic heritage, but may still be essentially "hardwired" by the interaction of experience and genes. Antisocial personalities have low serotonin levels, of whatever origin (Coccaro, 1996), and diagnosed psychopaths have remarkably low reactivity of the autonomic nervous system (Intrator et al., 1997; Lykken, 1995), a fact that may explain their sensation-seeking and long-noted "failure to learn by experience" (Cleckley, 1941, p. 368).

Louth, Williamson, Alpert, Pouget, and Hare (1998) found that psychopaths have anomalies in the brain circuitry that underlie linguistic and affective processes, suggesting that extremely antisocial people have not learned about feelings in the relationally grounded way that most of us do. Instead, they acquire emotional speech as a kind of "second language" that is used to manipulate others rather than to express inner states. Psychopathic individuals have poor affect regulation and a higher-than-average threshold for pleasurable excitement (Kernberg, 2005). Whereas most of us can get emotional satisfaction from good music, loving sex, natural beauty, a clever joke, or a job well done, they may need a sharper, more jolting experience to feel alive.

As for the main feelings of psychopathic people, it is hard to specify them because of their inability to articulate emotion. They act instead of

talking. They seem to have a sense of basic arousal without the sense of having specific affects. When they do feel, what they experience may be either blind rage or manic exhilaration. In the section on relational patterns in this chapter, I suggest some reasons for what Modell (1975) first described as a "massive affect block." One way the treatment of psychopathic individuals differs markedly from therapy with people with other personalities is that the clinician cannot expect to make an alliance by reflecting the client's presumed feelings.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN PSYCHOPATHY

The primary defense in psychopathic people is omnipotent control. They also use projective identification, dissociation, and acting out. The need to exert power takes precedence over all other aims. It defends against shame and, especially in brutal psychopaths, distracts others from seeing the sexual perversions that often underlie criminality (Ressler & Schactman, 1992). The psychopath's famous absence of conscience (Cleckley, 1941) evidences not only a defective superego (Johnson, 1949) but also a lack of primary attachments to other people. To the deeply antisocial person, the value of others reduces to their utility in allowing one to demonstrate clout.

Psychopathic people will brag outright about their con jobs, conquests, and scams if they think the listener can be thereby impressed with their power. There is nothing unconscious about this process; it is literally shameless. Law enforcement agents are repeatedly astounded at how readily criminals will confess to homicide yet will hide lesser offenses (sexual compulsions, taking a few dollars from a murder victim's handbag), evidently because these are seen as signs of weakness (N. Susalis, personal communication, May 7, 1993). Kernberg (1984) refers to the psychopath's "malignant grandiosity," a phrase that rings true to anyone who has experienced such a person's effort to triumph sadistically by sabotaging therapy.

It is important to distinguish between psychopathic manipulation and what is frequently labeled manipulation in hysterical and borderline patients. The former is a deliberate, syntonic attempt to use others; the latter makes others *feel* used, while the patient may be relatively unaware of a specific manipulative intent. As I noted in Chapter 4, I recommend restricting the term "manipulation" to the conscious, intentional psychopathic phenomenon. Hysterical and borderline patients may try to get their needs met by indirect means that exasperate others and provoke attributions of manipulation, but their behaviors have significantly different sources, and they are uncon-

sciously intended to maintain relationships rather than to use others indifferently.

Early observers noted, and more recent research confirms (Robins, Tipp, & Przybeck, 1991), that many psychopathic people—those who have escaped self-destruction and incarceration—"burn out" in middle age, often becoming surprisingly upright citizens. They may become more amenable to psychotherapy then and may benefit from it more than younger people with psychopathic psychologies. This change may reflect hormonal decreases that reduce internal pressures toward action, but it also may reflect the loss of physical power that occurs at midlife. As long as omnipotent defenses are unthwarted by limits, a person's motivation to develop more mature adaptations is minimal. Older adolescents and young adults of all personality types, especially healthy young men, typically have omnipotent feelings: death is far away, and the prerogatives of adulthood are at hand. Infantile grandiosity is reinforced. (I suspect that one reason psychopathy is more common in men is that females confront realistic limitation earlier: We are less physically strong; we live with the nuisance of menstruation and the danger of pregnancy; we are at greater risk of rape and physical abuse, and as primary caregivers, we are humbled by the discrepancy between our images of ideal maternal effectiveness and the emotional challenges of trying to rear civilized children.) But reality has a way of catching up with us, whatever our early advantages. By middle age, death is no longer an abstraction, physical strength has declined, reaction time is down, health cannot be taken for granted, and the long-term costs of hard living have begun to appear. These facts of life can have a maturing effect, interesting a person in less omnipotent adaptations.

As for projective identification, in psychopathic people a reliance on this process may reflect not only a developmental arrest and reliance on primitive defenses but also the consequences of their inarticulateness and emotional immaturity. Their inability and/or disinclination to express emotions verbally (except to manipulate) means that the only way they can get other people to understand what they are feeling is to evoke that feeling in them. The dissociative defenses of psychopaths are commonly noted but hard to evaluate in specific instances. Dissociative phenomena range from trivial instances of the minimizing of one's role in some blunder to total amnesia for a violent crime. Disavowal of personal responsibility, which may have a dissociative quality, is a critical diagnostic indicator of psychopathy; the batterer who explains that he and his lover had a "tiff" and he "guesses he lost his temper" or the seemingly contrite cheater who claims to have "used bad judgment in this instance" is showing characteristic minimization. Interviewers who pick this up should ask for specifics: "What exactly did you do when

you lost your temper?" or "What exactly did you judge wrong?" (usually the answer to the latter shows regret about getting caught, not remorse about cheating).

When a psychopathic person claims to have been emotionally dissociated or amnesic during some experience, especially during the perpetration of an offense, it is hard to tell whether the experience was in fact dissociated or whether words to this effect are a manipulative evasion of responsibility. Given the frequency of severe abuse in the histories of people diagnosed as antisocial, and given the causal relationship between abuse and dissociation, it would be unimaginable for dissociation not to be a frequent concomitant of a psychopathic personality. Still, the unreliability of accounts by antisocial people makes the topic a vexing one. I say more about this in the differential diagnosis section at the end of this chapter and in Chapter 15.

Acting out is virtually definitional of psychopathy. Not only do antisocial people have an internal goad toward action when aroused or upset, but they also have no experience of the increase in self-esteem that can come from control of impulse. Older clinical literature airs a controversy about whether psychopaths lack anxiety or whether their anxiety is invisible. Greenwald (1974) believed that they do feel anxious but that they act out so fast to relieve themselves of such a toxic feeling that the observer has no chance to see it (and they would never admit to anxiety if asked, as they would see it as "weak"). So far as we can investigate empirically, however, those who saw them as lacking anxiety were more accurate, at least with respect to true psychopaths: Their level of fear and upset tests way below that of nonpsychopathic people; they show no more reaction to a word like "rape" than to a word like "table" (Intrator et al., 1997), and they have virtually no startle response (Patrick, 1994). People with antisocial tendencies *who are healthy enough to participate in therapy* may have some anxiety, however (Gacano & Meloy, 1991; Gacano, Meloy, & Berg, 1992), and that anxiety may be a motivator that contributes to their capacity to benefit from treatment.

RELATIONAL PATTERNS IN PSYCHOPATHY

The childhoods of antisocial people are often rife with insecurity and chaos. Confusing amalgams of harsh discipline, overindulgence, and neglect have long been noted in the clinical literature (Abraham, 1935; Aichhorn, 1936; Akhtar, 1992; Bird, 2001; Greenacre, 1958; Redl & Wineman, 1951). Especially in the histories of violent psychopaths, one can find virtually no consistent, loving, protective influences. Weak, depressed, or masochistic mothers and explosive, inconsistent, or sadis-

tic fathers have been linked with psychopathy, as have alcoholism and other addiction in the family. Moves, losses, and family break-ups are common. Under unstable and frightening circumstances like these, the normal confidence in one's early omnipotent feelings and later in the power of others to protect the young self could not possibly develop normally. The absence of a sense of power at developmentally appropriate times may impel children in this predicament to spend the rest of their lives seeking confirmations of their omnipotence.

Even if they are aware of them, psychopathic people cannot acknowledge ordinary emotions because they associate them with weakness and vulnerability. It is probable that in their families of origin, no one helped them put words to emotional experiences. They have no concept of using language to state feelings and no internalized basis for knowing another role for speech. Clinical observations suggest that in their families, words were used mostly to control others. The deficits of their caregivers in responding to their emotional needs are related to another piece of clinical lore: Children who become psychopathic have often been indulged materially and deprived emotionally. The parents of an antisocial patient of mine used to get her extravagant gifts (a stereo, a car) when she seemed upset. It did not occur to them to draw her out and listen to her concerns. This kind of "generosity" is particularly destructive; in the case of my patient, it left her no way to formulate her lingering sense that there was something missing in her life.

The most penetrating recent psychoanalytic thinking about psychopathy (e.g., Kernberg, 2004; Meloy, 1997) emphasizes the failure (from whatever accidents of temperament and rearing) of attachment and consequent internalization. The antisocial person seems never to have attached psychologically, incorporated good objects, or identified with caregivers. He or she did not take love in and never loved. Instead, identification may have been with a "stranger selfobject" (Grotstein, 1982) experienced as predatory. Meloy (1988) writes of "a paucity of deep and unconscious identifications with, initially, the primary parent figure and ultimately the archetypal and guiding identifications with the society and culture and humankind in general" (p. 44).

Many an adoptive parent has learned the hard way that children from destitute orphanages or other profoundly negligent/abusive backgrounds can have attachment disorders that render them permanently unable to love, no matter how devoted their later care. Young children with such histories often show disorganized–disoriented attachment, or the apparent absence of an internalized, organized attachment strategy (D. Diamond, 2004; Main & Solomon, 1986), in which the object of attachment may also be a source of terror and rage, producing contradictory behaviors such as smiling at the mother and biting her. One

subtype of the disorganized–disoriented style is a disorganized–controlling style that shows up by age 6 in some maltreated children (Hesse & Main, 1999) that sounds consistent with long-time observations of psychopathic psychology.

An alternative origin of a character organized around omnipotent fantasies and antisocial behavior is a history in which parents or other important figures were deeply invested in the child's omnipotence and sent repeated messages that life should pose no limits on the prerogatives of a person so inherently entitled to exert dominance. Such parents, identifying with the child's defiance and acting out their own hatred of authority, tend to react with outrage when teachers, counselors, or law-enforcement agents try to set limits on their youngster. Like all character types, psychopathy can be "inherited" in that the child imitates the defensive solutions of the parents. When the main source of someone's characterological psychopathy is parental modeling and reinforcement of manipulative and entitled behavior, the prognosis is probably better than when the condition is rooted in chaos and negligence. At least the child of indulgent, corrupting parents has succeeded in identifying with *someone* and has some capacity to connect. It may be that this kind of family breeds healthier people with antisocial trends, and that more traumatic backgrounds breed more deeply disturbed individuals, including true or primary psychopaths.

THE PSYCHOPATHIC SELF

One biological substrate of a disposition toward psychopathy is a degree of aggression that would make a child difficult to calm, comfort, and mirror. Children who are innately hyperactive, demanding, distractible, and headstrong need much more active, energetic parenting than placid, easily consoled youngsters. They also arguably need much more direct involvement by a father figure than most preschoolers in Western societies get (Cath, 1986; M. J. Diamond, 2007; McWilliams, 2005a; J. Shapiro, Diamond, & Greenberg, 1995), and would probably benefit from additional caregivers as well. I have known highly aggressive children who were observably too much for one parent but who attached firmly if provided with enough stimulation and loving discipline. Given contemporary Western cultural assumptions that a single parent is adequate, we may be raising many more psychopaths in this part of the world than we would otherwise see.

Sociological conjectures aside, the condition of being viewed from day one as a problem child would make it very hard for a potential psychopath to find self-esteem via the normal route of feeling the caregivers'

love and pride. When outside objects fail, the only object to invest in emotionally is the self and its personal power. Self-representations may be polarized between the desired condition of personal omnipotence and the feared condition of desperate weakness. Aggressive and sadistic acts may stabilize the sense of self in a psychopathic person by both reducing unpleasant states of arousal and restoring self-esteem.

David Berkowitz, the "Son of Sam" serial killer, began his murders of women after learning that his biological mother was something of a slattern rather than the elevated figure of his imagination (Abrahamsen, 1985). An adoptee, he had attached his self-esteem to the fantasy of having a superior "real" mother, and when this illusion was shattered, he went on a rampage. Similar connections between a crime spree and some blow to grandiosity have been noted in many sensational cases, but observation of manipulative people in ordinary life suggests that this pattern in its essentials is not limited to psychopathic killers. Anyone whose fondest images of self reflect unrealistic notions of superiority, and who runs into evidence that he or she is only human, may attempt to restore self-esteem by exerting power.

In addition, the more chaotic the environment of a child, and the more exhausted or inadequate the caregivers, the more likely it is that the youngster will not run into effective limits and will not have to take seriously the consequences of impulsive actions. From a social learning theory point of view, grandiosity in a child would be the expectable result of an upbringing that lacks consistent discipline. The condition of having much more energy than one's caregiver would teach the lesson that one can ignore the needs of others, do whatever feels compelling at the time, and handle any adverse consequences by escaping, dissimulating, and seducing or bullying others.

One other feature of self-experience in the psychopathic patient that deserves mention is primitive envy, the wish to destroy that which one most desires (Klein, 1957). Although antisocial people rarely articulate envy, many of their behaviors demonstrate it. One probably cannot grow up unable to love without knowing that there is something out there that other people enjoy that one lacks. Active devaluation and depreciation of anything in the tenderer realms of human life are characteristic of antisocial people at all levels of severity; those in the psychotic range have been known to kill what attracts them. The serial killer Ted Bundy, for example, described his need to destroy pretty young women (who, others noted, resembled his mother) as a kind of "owning" them (Michaud & Aynesworth, 1983). The killers portrayed in Truman Capote's *In Cold Blood* (1965) exterminated a happy family "for no reason" except presumably that they were a happy family toward whom the exterminators could not bear to feel their consuming envy.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH PSYCHOPATHIC PATIENTS

The psychopathic person's basic transference to a therapist is a projection of his or her internal predation, the assumption that the clinician intends to use the patient for selfish purposes. Not having had any emotional experience with love and empathy, the antisocial patient has no way to understand the generous aspects of the therapist's interest and will try to figure out the practitioner's "angle." If the patient has reason to believe that the therapist can be used to promote some personal agenda (such as giving a good report to a judge or probation officer), he or she may be uncannily charming, so much so that an inexperienced clinician may be taken in.

The usual countertransference to the patient's preoccupation with using the therapist or outsmarting the therapist's presumably exploitive agenda is shock and resistance to the sense that one's essential identity as a helper is being eradicated. The naive practitioner may succumb to the temptation to try to prove helpful intent. When that fails, hostility, contempt, and moralistic outrage toward the psychopathic person are common reactions. These "unempathic" feelings in ordinarily compassionate people should be understood, paradoxically, as a kind of empathy with psychopathic psychology: The client is unable to care about the therapist, and the therapist finds it almost as hard to care about the client. Outright hatred of the patient is not uncommon, and is no cause for worry, since the capacity to hate is a kind of attachment (Bollas, 1987). If one can tolerate the experience of internal coldness and even hatred, one will get an unpleasant but useful glimpse of what it is like to be a psychopathically organized person.

Other common countertransference reactions are complementary rather than concordant (Racker, 1968; see Chapter 2) and chiefly involve fear of a peculiarly ominous kind. People who work with psychopaths frequently comment on their cold, remorseless eyes and worry that such patients have them "under their thumb" (Meloy, 1988). Eerie forebodings are common. Again, it is important that the clinician tolerate these upsetting reactions rather than try to deny or compensate for them, since minimizing the threat posed by a true sociopath is highly unwise (both realistically and because it may prompt the client to demonstrate his or her destructive power). Finally, the experience of being actively, even sadistically depreciated can provoke intense hostility or hopeless resignation in the clinician. Awareness that devaluing messages constitute a defense against envy is cold intellectual comfort in the face of a psychopath's unmitigated scorn, but it helps.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF PSYCHOPATHY

In light of the bad reputation of antisocial patients, I should say at the outset that I have known of many psychopathic people who were helped by psychotherapy. The therapist cannot be grandiose, however, about how much can be accomplished, and more than with individuals in other diagnostic categories, it is critical that a careful assessment be done to see whether or not any individual psychopathic patient is treatable. Some are so damaged, so dangerous, or so determined to destroy the therapist's aims that psychotherapy would be an exercise in futility and naiveté. Meloy (1988) makes a key distinction between the roles of evaluator and therapist, a discrimination that is unnecessary with patients of most other character types, since they lack the psychopath's aim of defeating the clinician. Meloy's explanation of the phenomenon of therapeutic nihilism (Lion, 1978) fits my own experience:

> It is the stereotypical judgment that all psychopathically disturbed individuals, or antisocial personality disorders, *as a class*, are untreatable by virtue of their diagnosis. Such a judgment ignores both individual differences and the continuous nature of severity of psychopathology. I have most commonly observed this reaction in public mental health clinicians who are assigned patients on referral from probation, parole, or the court; and assume, because of the coercive nature of the treatment referral, that ... any psychotherapeutic gain is impossible.
>
> Such reactions are often the product of attitudes that have been internalized as an "oral tradition" during training from senior, teaching clinicians. They are rarely the product of direct, individual experience. It is, in a sense, a mass retaliatory attitude where moral judgment impinges on professional assessment. The behavioral pathology of the psychopath, to devalue and dehumanize others, becomes the concordant identification of the clinician doing to the psychopath what the clinician perceives the psychopath doing to others. (Meloy, 1988, p. 325)

Karon and VandenBos (1981) made a comparable critique of the equally prevalent, empirically unsupported belief that schizophrenia is not treatable; psychopathic patients at a psychotic level of personality organization thus may have two strikes against them.

Attitudes about the inherent untreatability of all psychopathic individuals may also reflect the fact that in most training programs—even those that send their students into internship and practicum placements at jails, youth correctional facilities, and drug treatment centers that contain many psychopathic people—very little if any attention is paid

to the development of the skills appropriate for this group. When new therapists fail using approaches that are effective with other populations, they may blame the patient rather than the limitations of their training.

The assessment of treatability is beyond the scope of this text, but I recommend using Kernberg's structural interview (B. L. Stern et al., 2004) to evaluate whether psychotherapy should be undertaken with any particular psychopathic person. DSM-IV is not useful here. Its criteria for antisocial personality disorder were normed on prison inmates and developed with researchers rather than therapists in mind. With the exception of lack of remorse, DSM-IV criteria for assessing antisocial personality disorder are all factors that can be observed externally by the clinically untrained; they do not necessarily pick up critical internal, subjective states. Hence, they tend to overdiagnose people with backgrounds of poverty, oppression, and marginality (who may run afoul of authorities for many reasons other than their individual psychology) and to underdiagnose successful, socially prominent psychopaths. As I write this, it appears that in DSM-5, antisocial psychology will be reframed as on the narcissistic spectrum and may be defined more internally.

Once one has decided to work with a psychopathic person—or has realized that a current patient is significantly antisocial—the most critical feature of treatment is incorruptibility: of the therapist, the frame, and the conditions that make therapy possible. It is much better to err on the side of inflexibility than to show, in the hope that it will be seen as empathy, what the client will see as weakness. Psychopathic people do not understand empathy. They understand using people, and they will feel a sadistic triumph over, not a grateful appreciation for, a therapist who wavers from the boundaries of the treatment contract. Any behavior that can be interpreted as weakness and vulnerability probably will be. Anthony Hopkins gave a chilling portrayal of the psychopath's talent for finding someone's Achilles' heel in his character's manipulation of the detective played by Jodie Foster in *The Silence of the Lambs*. The writers of the television series *Dexter* have clearly done their homework; like the authors of *The Sopranos,* they have managed a plot device that allows the viewer to care about a lead character who has extreme *but not total* psychopathy. Dexter is capable of some attachment, but the portrayal of his internal world through his voiceover comments shows a lot about the emotional limitations of the significantly antisocial person.

It is unrealistic to expect love from antisocial people, but one can earn their respect by coming across as tough-minded and exacting. When I work with psychopathic patients, I insist on payment at the beginning of each session and send the client away in its absence—no matter how reasonable the explanation offered. Like most therapists who were

taught to bend over backward to consider the special needs of each client, I had to learn from experience that not bending at all is the right response to the needs of the antisocial patient. Early in therapy I do not analyze such patients' assumed motives for testing the solidity of the contract, I merely remind them that our deal was that they would pay up front, and I repeat that I will hold up my end of the deal—the application of my expertise to help them understand themselves better—if they hold up theirs.

Related to incorruptibility is uncompromising honesty: talking straight, keeping promises, making good on threats, and persistently addressing reality. Honesty includes the therapist's private admission of intense negative feelings toward the patient, both countertransferences and realistic perceptions of danger. If such reactions are denied, countertransferences may be acted out and legitimate fears may be minimized. To treat psychopathic clients we must make peace with our own antisocial tendencies so that we have a basis for identifying with the patient's psychology. With respect to money discussions, for example, we should nondefensively admit selfishness and greed when giving a rationale for the fee. Some therapists cannot work with psychopathic people, as they cannot find in themselves enough antisocial features to permit any sense of commonality.

Except for admissions like the above that legitimately pertain to the therapeutic contract, honesty does not mean disclosure; self-revelation will only be interpreted as frailty. Nor does it mean moralizing. When considering the patient's destructive actions, it is futile to invite the expression of assumed feelings of badness or guilt. The patient lacks a normal superego and probably committed the sins in order to feel good (omnipotent) rather than bad (weak). One must restrict oneself to addressing the possible realistic outcomes of amoral behavior. Probes into presumed struggles with conscience tend to evoke responses like the one attributed to Willie Sutton when he was asked why he robbed banks: "Because that's where the money is."

The therapist's unrelenting emphasis on the realistic risks of each grandiose design need not be humorless just because the matters at hand have serious consequences. One of my colleagues, a woman renowned for her talent with antisocial clients, reports the following banter with a court-remanded car thief:

> "The man was explaining to me how brilliant his scheme had been for the heist he had almost pulled off, how if only one little unforeseen thing hadn't happened, it would have been the perfect crime. As he talked, he was getting more and more excited and animated, and I agreed with some admiration that he had almost gotten away with the theft. It started to feel

like we were co-conspirators. Eventually, he got so carried away that he asked, 'Would you do something like that?'

"'No,' I answered.

"'Why not?' he asked, a little deflated.

"'Two reasons,' I said. 'First, there's always some little thing that can go wrong, even with a brilliant plan. Life isn't that controllable. And then I'd be in jail, or in a mental hospital involuntarily, like you are, talking to some shrink I didn't choose myself. And second, I wouldn't because I have something that you don't: a conscience.'

"'Yeah,' he said. 'You know how I could get one of those?'"

Of course, the first step in developing a conscience is to care about someone to the degree that that person's opinion matters. Without moralizing, the therapist moves the patient along toward more responsible behavior simply by being a consistent, nonpunitive, nonexploitable object. Harold Greenwald (1958, 1974), who worked with antisocial people in the Los Angeles underworld, described how he would connect with psychopaths in terms that they could understand. He reasoned that since power is the only quality antisocial people respect, power is the first thing the therapist must demonstrate. He gives the following instance of claiming his own power:

> A pimp came to see me and started to discuss his way of life. He said, "You know I'm ashamed to show myself and so on, but after all, it's a pretty good way to live and most guys would want to live that way, you know, to live as a pimp. It's not bad—you get girls out hustling for you—why shouldn't you do it? Why shouldn't anybody do it?" I said, "You're a jerk." He asked why. I replied, "Look, I live off the earnings of call girls. I wrote a book about them; I got respect for it; I got famous from it; they made a movie out of it. I made much more money off call girls than you ever will, and you, you schmuck, you can get arrested any day and be sent to jail for ten years, whereas I get respect, honor, and admiration." This he could understand. He saw that somebody whom he considered similar to him had a superior way of accomplishing the same ends. (1974, p. 371)

Greenwald has his own free-wheeling but still essentially incorruptible style with psychopathic patients. He is not the only therapist who has discovered the utility of "outpsyching the psychopath" or "conning the con" as a way of demonstrating that he deserves respect. Like my colleague previously quoted, he can own enough psychopathic impulses in himself that he does not feel fully alienated from the emotional world of his clients. Tellingly, he reports that in the second or third year of intensive treatment with him, psychopathic patients often go into a serious, even psychotic depression. He sees this as evidence that they have started to care about him in a genuine way rather than as an object to

manipulate and, realizing this, they descend into a state of misery about their dependency. This depression, which only slowly lifts, compares in its essentials to Klein's (1935) description of the feelings of infants in the second 6 months of life, when the child makes the painful discovery that the mother exists as a separate person outside the baby's control.

In contrast with appropriate therapy with people of other diagnoses, the therapist of a psychopathic client may have to adopt an attitude of independent strength verging on indifference. I assume this applies to cognitive-behavioral therapies, some of which have shown promise with this population (M. H. Stone, 2000), as well as to analytically informed ones. One cannot seem emotionally invested in the patient's changing, because as soon as an antisocial person sees that need, he or she can sabotage psychotherapy to demonstrate the clinician's impotence. It is better to invest in simply increasing one's understanding, setting the tone that one will do one's job competently, and to communicate that it is up to the patient to take advantage of therapy or not. This principle is analogous to the lesson every police officer learns about investigating a crime: Never show the suspect that it is important to you to get a confession.

The most skilled interviewer of antisocial people I know was for a long time the chief of detectives in my town, a man with an exceptional record of evoking confessions—often movingly tearful ones—from rapists, child torturers, murderers, and serial killers. Listening to tapes of his interrogations, one is struck by his attitude of respect and his quiet conviction that even the most monstrous perpetrator has a need to tell someone the truth. The suspects' responsiveness to being treated with dignity is poignant—the more so in light of their knowledge that the interviewer's agenda is to prosecute. No one interrogated by him has ever complained of betrayal, even as he testifies against them in court on the basis of their confession. "He treated me fair," they report.

These phenomena raise the question of whether the fabled callousness of the psychopath is a response to environments that are either abusive (as was childhood, later replicated by a savage subculture) or incomprehensible (as is a therapist's wish to help). The fact that these perpetrators are palpably relieved to confess to someone who wants to incarcerate them suggests that even an incorrigible felon may have a primitive sense of accountability and can gain something from a relationship. The sadistic murderer Carl Panzram (Gaddis & Long, 1970) had a lifelong friendship with a prison guard who once showed him ordinary kindness. Rigorous tough-mindedness and rock-bottom respect seem to be a winning combination with antisocial people. (This observation does not equate to an argument for "leniency" toward dangerous criminals. Understanding that psychopathic people are human beings

who may be helped to some degree should not be confused with wishful thinking that therapy can transform a compulsive killer into a model of citizenship. The public needs protection from antisocial people whether or not their crimes are comprehensible psychodynamically and whether or not they can profit from a therapeutic relationship.)

The overall aim of work with a psychopathic individual is to help the patient move toward Klein's depressive position, in which others are seen as separate subjects worthy of concern (Kernberg, 1992). Over the course of treatment, as the psychopathic person's omnipotent control, projective identification, domination by envy, and self-destructive activities are dispassionately examined in an atmosphere of consistency and respect, the patient will in fact change. Any shift from using words to manipulate to using them for honest self-expression is a substantial achievement, one that may occur simply through the antisocial person's repeated exposure to someone with integrity. Any instance where the client inhibits an impulse and learns something about pride in self-control should be seen as a milestone. Since even a small movement toward human relatedness in a psychopath may prevent an immense amount of human suffering, such progress is worth every drop of sweat the practitioner secretes in its service.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

It is not usually hard to spot the antisocial features in any client whose personality has a psychopathic component. Whether those features are central enough to define the person as characterologically psychopathic is a more subtle question. Psychologies that can easily be misunderstood as essentially antisocial include paranoid, dissociative, and narcissistic conditions. The behavior of addicted individuals often mimics psychopathy. In addition, some people with hysterical personalities become misdiagnosed as psychopathic, a topic I discuss in Chapter 14.

Psychopathic versus Paranoid Personality

There is considerable overlap between predominantly psychopathic psychologies and those that are more paranoid; many people have a lot of each sensibility. Both antisocial and paranoid people are highly concerned with issues of power, but from different perspectives. Unlike psychopaths, people with essentially paranoid character structure have profound guilt, the analysis of which is critical to their recovery from suffering. Thus, it is vital to assess with anyone who has both paranoid and psychopathic features which tendencies predominate.

Psychopathic versus Dissociative Personality

There is also considerable overlap between psychopathic and dissociative conditions. It is critical for an interviewer to evaluate whether a patient is a basically psychopathic person who uses some dissociative defenses or whether he or she has a dissociative psychology with one or more antisocial or persecutory alter personalities. The prognosis for the former kind of patient is guarded, whereas many essentially dissociative people, when accurately diagnosed, respond favorably to therapy. Unfortunately, this evaluation can be exceedingly difficult, even when done by an expert. Both primarily dissociative and primarily psychopathic people have a deep distrust of others, and for different reasons (terror of abuse vs. omnipotent triumph), both may dissimulate, comply superficially, and subvert the therapist.

I do not recommend trying to make this differential diagnosis when some important consequence hinges on it—for instance, when a man who has committed homicide may plead not guilty by reason of insanity if he can convince a professional that he has dissociative identity disorder. The differential diagnosis is hard enough without that complication, although regrettably, it is such a pivotal legal distinction that evaluators are working to develop procedures to make it more reliable. Even trained forensic psychologists have a tough time with these calls. I say more on this differential in Chapter 15.

Psychopathic versus Narcissistic Personality

Finally, there is a close connection between psychopathic and narcissistic conditions: there is a continuum from minor narcissism through malignant narcissism to outright psychopathy. Both predominantly narcissistic and predominantly psychopathic people have a subjectively empty internal world and a dependence on external events to provide self-esteem. The dimensional formulation, originally suggested by Kernberg (1984), has always made sense to me and now has enough recent research support that, as of the time I write, the authors of DSM-5 are planning to put these disorders of self on one spectrum. But I would also suggest that antisocial and narcissistic people are different enough to warrant thinking in terms of a continuum for each.

Most psychopathic individuals do not idealize repetitively, and most narcissistic ones do not depend on omnipotent control. Many people have aspects of both character types, and self-inflation can characterize either one, but prognosis improves in inverse relation to the psychopathic pole. Because treatment considerations are quite different for the two groups (e.g., sympathetic mirroring comforts most narcissistic people

but antagonizes antisocial ones), despite the things they have in common and the number of people who have aspects of each orientation, it seems to me clinically useful to differentiate carefully between them.

Psychopathic Personality versus Addiction

People struggling with substance use disorders are notoriously manipulative and exploitive, as the addictive substance becomes more important to them than human relationships or personal integrity. Because of their antisocial *behavior*, observers commonly infer that their personalities are psychopathic. Although some addicted people may be characterologically antisocial, the personality organization of substance abusers cannot be inferred reliably until the interviewer has obtained reliable information about their behavior prior to their addiction or until they have been in recovery for a considerable length of time and their basic personality has emerged.

SUMMARY

In this chapter I portrayed the psychopathic personality as expressing an organizing need to feel one's effect on other people, to manipulate them, to "get over on" them. I summarized some constitutional predispositions to antisocial behaviors and mentioned the rage and mania that may briefly interrupt the affect block characteristic of antisocial persons. I discussed psychopathy in terms of the defenses of omnipotent control, projective identification, dissociation, and acting out; of object relations marked by instability, pandering, emotional misunderstanding, exploitation, and sometimes brutality; and a self-structure dominated by grandiose efforts to avoid a sense of weakness and envy. I mentioned putatively unempathic transference and countertransference reactions and stressed the importance of the therapist's incorruptibility, consistency, and self-conscious renunciation of the need to be seen as helpful. I differentiated psychopathic character from paranoid, dissociative, and narcissistic psychologies, and from the consequences of addiction.

SUGGESTIONS FOR FURTHER READING

Unfortunately, texts on psychotherapy as a general process rarely give psychopathic clients much attention, and there is a relative paucity of good analytic literature on this group. For an excellent collection of seminal psychoanalytic articles on psychopathy, I recommend Meloy's edited

collection, *The Mark of Cain* (2001). Bursten's study *The Manipulator* (1973a) and Meloy's *The Psychopathic Mind* (1988) are comprehensive and readable explorations with some attention to therapy issues. Akhtar also has a good chapter on the topic in *Broken Structures* (1992). Hare's *Without Conscience* (1999) is excellent, and his account with Babiak of *Snakes in Suits* (2007) is compelling.

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

SECTION 7 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

Textes obligatoires

Texte 22 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Borderline dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 427-479

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 268-271; 314-317.

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington 192-193; HURTING

Audio

Une entrevue avec une patiente dans la quarantaine

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

SECTION 8
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE

Textes obligatoires

Texte 23 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders. Hysterical and HIstrionic dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 545-576

Texte 24 Drive, Hysterical (Histrionic) Personalities

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 270-274

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington, 12-14; 450-454

Audio

Une entrevue avec une patiente dans la vingtaine

Texte 24

Drive, Hysterical (Histrionic) Personalities

McWilliams, N., 2011, Drive, Hysterical (Histrionic) Personalities dans
Psychoanalytical Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process.
New York, The Guilford Press, 311-331

14

Hysterical (Histrionic) Personalities

Psychoanalysis began with the effort to understand hysterical conditions and has returned to that problem regularly since the 1880s, when Freud first tackled it. Inspired by the work of the French psychiatrists Charcot, Janet, and Bernheim, who were investigating hysterical afflictions via hypnosis, Freud first began asking the kinds of questions that gave psychoanalytic theory its shape: How can someone know and not know at the same time? What accounts for forgetting important experiences? Does the body express what the mind cannot fathom? What would explain such sensational symptoms as full epileptic-like seizures in a person without epilepsy? Or blindness in someone optically normal? Or paralysis when nothing is wrong with the nerves?

At the time, hysterically ill women were being thrown out of physicians' offices as malingerers. Whatever Freud's mistakes about female psychology or sexual trauma, it is to his credit that he took these women seriously and paid them the respect of trying to understand their particular suffering. By doing so, he believed he would begin comprehending processes that operate in the emotionally healthy as well as in the emotionally disabled. Although this chapter is not about the dramatic disturbances that were in Freud's day subsumed under the rubric of hysterical neurosis (conversion, amnesia, inexplicable attacks of anxiety, and other disparate phenomena), I review some psychoanalytic history relevant to those conditions in the service of eventually focusing on the personality structure that often accompanies them.

Hysterical (or, as per later editions of the DSM, histrionic) character is common in people without frequent or striking hysterical symptoms. As with obsessive–compulsive individuals who lack obsessions and compulsions but who operate on the same principles that produce them, there are many of us who have never had hysterical outbreaks but whose subjective experience is colored by the dynamics that create them. Although this type of personality is seen more in women, hysterically organized men are not uncommon. In fact, Freud (e.g., 1897) regarded himself—with good reason—as somewhat hysterical. One of his earliest publications (1886) was on hysteria in a man. Analytically oriented therapists are accustomed to thinking of individuals with hysterical personalities as in the neurotic range, since their defenses have been considered more mature, but many people have hysterical psychologies organized at the borderline and psychotic levels.

Elizabeth Zetzel (1968) noted some time ago (in an article that begins with the nursery rhyme that observes "When she was good she was very, very good, but when she was bad she was horrid") the great distance between healthier and more deeply impaired individuals in this group. Confusingly, post-1980 DSMs have reconceptualized histrionic personality disorder toward the pathological end of the hysterical continuum, indistinguishable from "Zetzel type 3 and 4" personalities and Kernberg's (1975, 1984) "infantile personality." Kernberg and others have used the term "hysterical" for higher-functioning patients and "hysteroid" or "histrionic" or "pseudohysterical infantile" to refer to those in the borderline and psychotic ranges.

In the language of more recent research on personality and personality disorder, people with hysterical tendencies who are securely attached may be seen as having a histrionic style (but not disorder) or hysterical personality. Researchers studying psychopathology and attachment (e.g., Ouimette, Klein, Anderson, Riso, & Lizardi, 1994) have noted an anxious–resistant attachment style in histrionic people who meet DSM criteria for histrionic personality disorder. Hysterically oriented people with histories of significant early trauma, for whom the infantile object of safety was also the source of fear, show a disorganized attachment style characterized by subjective helplessness and compulsive caregiving rather than hostility and aggression (Lyons-Ruth, 2001).

The phenomenon of hysterical psychosis, which may overlap with the extreme version of the disorganized, posttraumatic attachment style, has been known since antiquity (Veith, 1965, 1977), noted across cultures (Linton, 1956), and supported by earlier research (Hirsch & Hollender, 1969; Hollender & Hirsch, 1964; Langness, 1967; Richman & White, 1970). Its absence from the DSM has arguably impoverished our approach to assessment and contributed to the overdiagnosis of schizo-

phrenia when a trauma-related, hysteroid process should have been considered.

People with hysterical personalities have high anxiety, high intensity, and high reactivity, especially interpersonally. They are warm, energetic, and intuitive "people people," attracted to situations of personal drama and risk. They may be so addicted to excitement that they go from crisis to crisis. Because of their anxiety level and the conflicts they suffer, their own emotionality may look superficial, artificial, and exaggerated to others, and their feelings may shift rapidly ("hysterical lability of affect"). The great actress Sarah Bernhardt (Gottlieb, 2010) seems to have had many hysterical features, as did the fictional Scarlett O'Hara. People with hysterical characters may like high-visibility professions, such as acting, performing, preaching, teaching, and politics.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN HYSTERIA

Many have suggested that hysterically organized people are by temperament intense, hypersensitive, and sociophilic. The kind of baby who kicks and screams when frustrated but shrieks with glee when entertained may well have the constitutional template for hysteria. Freud (e.g., 1931) suggested that powerful appetites may be characteristic of people who become hysterical, that they crave oral supplies, love, attention, and erotic closeness. Blatt and Levy (2003) have reviewed extensive empirical data attesting to their tilt in the anaclitic direction. They seek stimulation but get overwhelmed by too much of it, and they have trouble processing distressing experiences. They may have the sensitivity of the schizoid person, to whom they often have an affinity (McWilliams, 2006), but they move toward people rather than away from them.

Others have speculated (e.g., D. W. Allen, 1977) that people with hysterical tendencies are more dependent constitutionally on right-hemisphere brain functioning (Galin, 1974; Wasserman & Stefanatos, 2000), in contrast to obsessively inclined individuals, who may be left-brain dominant. Before fMRI studies, one basis for this speculation was the careful work of D. Shapiro (1965) on the hysterical cognitive style. Hysterically organized people differ strikingly from more obsessional ones in the quality of their mental operations; specifically, they are impressionistic, global, and imaginal. Some highly intelligent people with hysterical personality organization are remarkably creative; their integration of affective and sensory apperception with more linear, logical approaches to understanding produces a rich integration of intellectual and artistic sensibility.

Developmentally, Freud (1925b, 1932) and many later analysts (e.g., Halleck, 1967; Hollender, 1971; Marmor, 1953) suggested a dual fixation in hysteria, at oral and oedipal issues. An oversimplified account of this formulation follows: A sensitive and hungry little girl needs particularly responsive maternal care in infancy. She becomes disappointed with her mother, who fails to make her feel adequately safe, sated, and prized. As she approaches the oedipal phase, she achieves separation from the mother by devaluing her. She turns her intense love toward Father, a most exciting object, especially because her unmet oral needs combine with later genital concerns to magnify oedipal dynamics. But how can she make a normal resolution of the oedipal conflict by identifying with and competing with her mother? She still needs her, and she has also devalued her.

This dilemma traps her at the oedipal level. As a result of her fixation, she continues to see males as strong and exciting, and females, herself included, as weak and insignificant. Because she regards power as inherently a male attribute, she looks up to men, but she also—unconsciously, for the most part—hates and envies them. She tries to increase her sense of adequacy and self-esteem by attaching to males, yet she also subtly punishes them for their assumed superiority. She uses her sexuality, the one kind of power she feels her gender affords, along with idealization and "feminine wiles"—the strategies of the subjectively weak—in order to access male strength. Because she uses sex defensively rather than expressively, and because she fears men and their abuses of power, she does not fully enjoy sexual intimacy with them and may suffer physical equivalents of fear and rejection, such as sexual pain or anesthesia, lack of full responsiveness, or failure of orgasm.

Freud's stress on penis envy as a universal female problem arose from his work with hysterically structured women. When he discovered that his patients symbolized male power in their dreams, fantasies, and symptoms with phallic images, he speculated that during their early years these women had learned to equate powerlessness—their own and that of their mothers—with penislessness. In a patriarchal and increasingly complex urban culture where traditional feminine virtues carried little prestige, such a conclusion was probably easy for many young girls to draw. Freud (1932) stated:

> The castration complex of girls is ... started by the sight of the genitals of the other sex. They at once notice the difference *and, it must be admitted, its significance too.* They feel seriously wronged, often declare that they want to "have something like it too," and fall victim to "envy for the penis," which will leave ineradicable traces on their development and the formation of their character. (p. 125; emphasis added)

This quotation suggests that despite his reputation in some intellectual quarters, Freud appreciated the negative consequences of patriarchy. In his life he encouraged women toward professional achievement and intellectual equality. He also hoped that by interpreting their penis envy he would foster his patients' realization that men are not *in fact* superior—that a belief to that effect betrays an infantile fantasy that can be examined and discarded. Blame for the fact that ideas about penis envy were used by some mid-century American therapists in the service of trying to keep women safely in an "appropriate" domestic sphere cannot justly be laid at Freud's door. (See Young-Bruehl, 1990, for a thoughtful commentary on Freud's complex views about women.)

In the affective realm, hysterical individuals are notable for their high level of anxiety and their vulnerability to both shame and guilt. Often conceptualized as having "shallow affect," they actually struggle with intense affect that terrifies them, against which they erect distinctive defenses. I say more about this in the context of the histrionic person's sense of self.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN HYSTERIA

People with hysterical personalities use repression, sexualization, and regression. They act out in counterphobic ways, usually related to preoccupations with the fantasied power and danger of the opposite sex. They also use dissociative defenses, about which I say more in the next chapter.

Freud regarded repression as the cardinal mental process in hysteria. Amnesia was a phenomenon of such fascination for him that it led to a whole theory about the structure of the mind and about how we can "forget" things that at some inaccessible level we also "know." Freud's first constructions of repression as an active force rather than an accidental lapse derived from his work with people who under hypnosis recalled and relived childhood traumas, often incestuous ones, and then lost their hysterical symptoms. In his earliest therapeutic attempts, first with hypnosis and then with nonhypnotic suggestion, he put all his energies into undoing repression, inviting his patients to relax and exhorting them to let their minds be open to recollection. He observed that when traumatic memories returned with their original emotional power, a process he labeled "abreaction," hysterical disabilities would disappear.

Repressed memory and its associated affects became central objects of early psychoanalytic study, and lifting repression came to be seen as a key therapeutic task. Before long, however, Freud became convinced that some of the "memories" recovered by hysterical patients were actu-

ally fantasies, and his interest shifted from amnesia for trauma to the repression of wishes, fears, infantile theories, and painful affects. He saw Victorian myths about the asexual nature of females as particularly inimical to psychological health, and he felt that women raised to repress their erotic strivings were at risk of hysteria because so compelling a biological force could only be deflected, not quelled. He began to see some maladies as *conversions* of impulse into bodily symptoms. A woman who, for instance, had been reared to regard sexual self-stimulation as depraved might lose feeling and movement in the hand with which she would be tempted to masturbate. This phenomenon, known as "glove paralysis" or "glove anesthesia" because only the hand was affected (which cannot be of neurological origin because nerve damage that paralyzes the hand would also paralyze the arm), was not uncommon in Freud's time, and it begged for an explanation.

It was symptoms like glove paralysis that inspired Freud to conceive of hysterical ailments as achieving a *primary gain* in resolving a conflict between a wish (e.g., to masturbate) and a prohibition (against masturbating), and also *secondary gains* in the form of concern from others. The secondary gains compensated the afflicted person for the loss of sexual satisfaction by the resulting nonerotic attention to the person's body and its disability. With the development of the structural theory, this dynamic was seen as a conflict between the id and the superego. Freud felt that such a solution is highly unstable, since sexual energy is blocked up rather than expressed or sublimated, and he was inclined to interpret any outbreaks of sexualized interest as "the return of the repressed." Repression can be a useful defense, but it is a brittle and unreliable one when directed against normal impulses that will continue to exert a pressure for discharge. Freud's original formulation about the high degree of anxiety for which hysterical people are noted was that they were converting dammed-up sexual energy into diffuse nervousness (see Chapter 2).

I am dwelling on this formulation about hysterical symptoms because a comparable process can be inferred at a characterological level. People who repress erotic strivings and conflicts that seem dangerous or unacceptable tend to feel both sexually frustrated and vaguely anxious. Their normal wishes for closeness and love may become amplified, as if energized by unsatisfied sexual longing. They may be highly seductive (the return of the repressed) but unaware of the implied sexual invitation in their behavior. In fact, they are often shocked when their actions are construed as initiating a sexual connection. Moreover, if they proceed with such an encounter (as they sometimes do, both to placate the frightening sexualizing object and to assuage their guilt over the effects of their behavior), they generally do not enjoy it erotically.

In addition to these interacting processes of repression and sexualization, people with hysterical personalities may use regression. When insecure, fearful of rejection, or faced with a challenge that stimulates unconscious fear, they may become helpless and childlike in an attempt to fend off trouble by disarming potential rejecters and abusers. Like anyone in a state of high anxiety (cf. the "Stockholm syndrome" or the "Patty Hearst phenomenon," terms for situations in which captive people become trusting toward their abductors or persecutors), people with hysterical tendencies may be quite suggestible. In the high-functioning range they can be charming when operating regressively; in the borderline and psychotic ranges histrionic clients may become physically ill, clingily dependent, whiny and demanding, or addicted to crisis. The regressive aspect of hysterical dynamics was once so common in some female subcultures that playing dumb, giggling girlishly, and gushing over big, strong men were seen as normal. The 19th-century equivalent was the swoon.

Acting out in hysterical people is often counterphobic: They approach what they unconsciously fear. Behaving seductively when they dread sex is only one example; they may also exhibit themselves when they are unconsciously ashamed of their bodies, make themselves the center of attention when they are feeling inferior to others, throw themselves into acts of bravery and heroism when they are unconsciously frightened of aggression, and provoke authorities when they are intimidated by their power. The depiction of histrionic personality disorder in DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) emphasizes the acting-out aspects of hysterical character to the exclusion of other equally important features. While counterphobic enactments are clearly the most striking of the purely behavioral phenomena associated with hysteria—and they are certainly the ones that get people's attention—the *meaning* of these behaviors is also important to the diagnosis. The most pressing internal characteristic of the hysterical style is anxiety.

Because hysterically structured people have a surfeit of unconscious anxiety, guilt, and shame, and because they may be temperamentally intense and subject to overstimulation, they are easily overwhelmed. Experiences that are manageable for others may be traumatic to hysterical people. Consequently, they may use dissociative mechanisms to reduce the amount of affectively charged information that they must deal with all at once. Examples include the phenomenon that 19th-century French psychiatrists labeled la belle indifférence, a strange minimization of the gravity of a situation or symptom; fausse reconnaissance, the conviction of remembering something that did not happen; pseudologia fantastica, the tendency to tell patent untruths while seeming, at least during the telling, to believe them; fugue states; body memories

of traumatic events not recalled cognitively; dissociated behaviors such as binge eating or hysterical rages, and so forth. There is considerable overlap between hysterical and dissociative personality structures; many contemporary writers view histrionic psychology as a version of dissociative psychology.

One of my patients, a highly successful professional woman in her 60s who had devoted a large portion of her career to educating people about safe sex, found herself during a conference going to bed with a man to whom she was not particularly attracted ("He wanted it, and somehow that felt like the final word"). It did not occur to her to ask him to use a condom. She dissociated both her capacity to say no and her awareness of the negative consequences of unprotected sex. The sources of her dissociation included a seductive, narcissistic father and unremitting childhood messages to the effect that the needs of the other person always come first.

RELATIONAL PATTERNS IN HYSTERICAL PSYCHOLOGY

In the backgrounds of heterosexual people of a hysterical bent, one often finds events and attitudes that assigned differential power and value to the different sexes. Common hysterogenic situations include families in which a little girl is painfully aware that one or both parents greatly favor her brother(s), or where she senses she was supposed to have been a boy. (Sometimes she is accurate; sometimes she erroneously deduces this theory from data such as her being the third of three daughters.) Or a young girl may notice that her father and the male members of the family have much more power than her mother, herself, and her sisters.

When positive attention is given to this child, it involves superficial, external attributes, such as her appearance, or nonthreatening, infantile ones such as her innocence and niceness. When negative attention is given to her brothers, their putative inadequacies are equated with femininity ("You throw like a girl!" or "You're not acting like someone who wears the pants in the family"). As she gets older and matures physically, she notices that her father pulls away from her and seems uncomfortable with her developing sexuality. She feels deeply rejected on the basis of her gender, yet she senses that femininity has a strange power over men (Celani, 1976; Chodoff, 1978, 1982).

It has often been observed (e.g., Easser & Lesser, 1965; Herman, 1981; Slipp, 1977) that the fathers of histrionic women were both frightening and seductive. Men may easily underestimate how intimidating they are to their young female children; male bodies, faces, and voices are harsher than those of either little girls or mothers, and they take

some getting used to. A father who is angry seems particularly formidable, perhaps especially to a sensitive female child. If a man engages in tantrums, harsh criticism, erratic behavior, or sexual violation, he may be terrifying. A doting father who also intimidates his little girl creates a kind of approach–avoidance conflict; he is an exciting but feared object. If he seems to dominate his wife, as in a patriarchal family, the effect is magnified. His daughter will learn that people of her own gender are less valued, especially once the days of delectable girlhood are gone, and that people of her father's gender must be approached with calculation. Mueller and Aniskiewitz (1986) emphasize the combination of maternal inadequacy and paternal narcissism in the etiology of hysterical personality:

> Whether the mother is resigned to a weak, ineffectual role or is threatened by the child and reacts competitively, the basic issue remains one of not having achieved a mature mutuality.... Similarly, whether the father's adequacy conflicts are expressed through a brittle, pseudomasculine exterior or directly in warm, sexual, or collusive ways with the daughter, he ... reveals his own immaturity.... Despite variations in the manifest traits of the fathers, the common latent personality trends reflect a phallic–oedipal orientation. The fathers are self-centered and possessive, and view relationships as extensions of themselves. (pp. 15–17)

Thus, a frequent source of hysterical personality structure is the sense that one's sexual identity is problematic. Some little boys reared in matriarchies where their masculinity is denigrated (e.g., with scornful contrasts to hypothetical "real" men) develop in a hysterical direction, despite the advantages the larger culture has traditionally conferred on males. There is an identifiable subgroup of gay men who meet DSM-IV criteria for histrionic personality, about whom such family dynamics have been reported (e.g., Friedman, 1988). The greater frequency of hysteria in females seems to me to be explicable by two facts: (1) men have more power than women in the larger culture, and no child fails to notice this; and (2) men do less of the primary care for infants, and their relative absence makes them more exciting, idealizable, and "other" than women.

The outcome of an upbringing that magnifies simplistic gender stereotypes (men are powerful but narcissistic and dangerous; women are soft and warm but weak and helpless) is for a woman thus reared to seek security and self-esteem from attaching herself to males she sees as particularly powerful. She may use her sexuality to do this and then find she has no satisfactory sexual response to physical involvement with such a person. She may also, because his power scares her, seek to evoke the more tender side of a male partner and then unconsciously devalue

him for being less of a man (i.e., soft, feminine, weak). Some hysterically organized people, male as well as female, thus go through repetitive cycles of gender-specific overvaluation and devaluation, where power is sexualized but sexual satisfaction is curiously absent or ephemeral.

THE HYSTERICAL SELF

The hysterical sense of self is that of a small, fearful, defective child coping as well as can be expected in a world dominated by powerful and alien others. Although people with hysterical personalities may come across as controlling and manipulative, their subjective state of mind is quite the opposite. Manipulations carried out by individuals with hysterical structure are, in marked contrast to the maneuvering of psychopathic people, secondary to their quest for safety and acceptance. Their orchestration of others involves efforts to achieve an island of security in a frightening world, to stabilize self-esteem, to master frightening possibilities by initiating them, to express unconscious hostility, or some combination of these motives (Bollas, 1999). They do not seek pleasure from "getting over on" others.

For example, one of my patients, a graduate student in theater arts, a young woman who had grown up with a loving but capriciously explosive father, used to become infatuated with one after another man in authority and would knock herself out to be the favorite student of each. She would approach all her male teachers and coaches with subtle flattery and an attitude of awestruck discipleship, a demeanor she rationalized as going with the territory of being an acting student at the mercy of arbitrary men. Her seductiveness was hard for some of her mentors to ignore. When she began getting signals that they were attracted to her, she reacted with excitement (at feeling powerful and valued), exhilaration (at feeling attractive and desired), fear (of their translating their attraction into sexual demands), and guilt (for exerting her will over them and winning their forbidden erotic interest). Her manipulativeness was limited to men, and men in authority at that, and although powerfully driven, it was full of conflict.

Self-esteem in histrionic people is often dependent on their repetitively achieving the sense that they have as much status and power as the people they fear (those of the other gender or, in the case of hysterically structured gay individuals, those of their own gender who are seen as powerful). Attachment to an idealized object—especially being seen with one—may create a kind of "derived" self-esteem (Ferenczi, 1913): "This powerful person is part of me." The psychology of groupies who idealize artists or politicians has this feel. Sexual acting out may be

fueled by the unconscious fantasy that to be penetrated by a powerful man is somehow to capture his strength.

Another way hysterically structured people attain self-esteem is through rescue operations. Via reversal, they may care for their internal frightened child by helping children at risk. Or they may handle their fear of authorities counterphobically and set out to change or heal present-day substitutes for a frightening–exciting childhood object. The phenomenon of sweet, warm, loving females falling in love with predatory, destructive males in the hope of "saving" them is bewildering but familiar to many parents, teachers, and friends of hysterical young women.

In the dream imagery of hysterical men and women one often finds symbols that represent possession of a secret uterus or penis, respectively. Hysterically organized women tend to see any power they have in their natural aggressiveness as representing their "masculine" side rather than as integrated with their gender identity. The inability to feel power in womanhood gives them an insoluble and self-perpetuating problem. As one of my clients put it, "When I feel strong, I feel like a man, not a strong woman." This kind of thinking—that maleness equates with activity and femaleness with passivity, and that an assertive woman is thus exercising her "masculine" side, or a tender man his "femininity"—was rife throughout the late 19th century and assumed in numerous psychoanalytic theories (e.g., Jung's [1954] archetypes of the animus and anima). Contemporary psychoanalytic gender theory (e.g., Dyess & Dean, 2000) challenges this essentialistic, reductive thinking, but in the unconscious, such images may retain great psychic force.

The perception that one's erotic objects, as a class, have the power can lead to depressive reactions to aging in people with hysterical personality structure. Because heterosexual women with hysterical dynamics feel that the only potency in femaleness is sexual attractiveness, they may be overinvested in how they look and subject to a greater-than-average dread of aging. Gay men who struggle with unconscious hysterical beliefs that they are insignificant and weak when not desired by the powerful may suffer similarly. The tragicomic quality of the older hysterical woman was captured in the character of Blanche duBois in *A Streetcar Named Desire*. The pain of the aging gay man is striking in the character of Gustav von Ashenbach in Thomas Mann's *Death in Venice*. Any hysterically inclined client needs to be encouraged to develop other areas besides attractiveness in which self-esteem may be sought and realized.

The tendency toward vanity and seductiveness in histrionic people, although constituting a narcissistic defense in that these attitudes function to achieve and maintain self-esteem, differs from behaviorally similar processes in individuals whose basic personality is narcissistic.

Hysterically structured people are not internally empty and indifferent; they charm people not because they crave any attention that fills a void but because they fear intrusion, exploitation, and rejection. When these anxieties are not aroused, they are genuinely warm and caring. In healthier hysterical people, the loving aspects of the personality are conspicuously in conflict with the defensive and sometimes destructive ones. The aspiring actress I described previously was painfully and guiltily aware of her complex effect on the men she worked so hard to beguile, and despite being able to dissociate the feeling most of the time, she felt guilt toward their wives.

The attention-seeking behavior of histrionic people has the unconscious meaning of attaining reassurance that they are acceptable—in particular that their gendered body is appreciated, in contrast to their childhood experiences. Hysterically organized individuals tend to feel unconsciously castrated; by showing off their bodies they may be converting a passive sense of physical inferiority into an active feeling of power in physicality. Their exhibitionism is thus counterdepressive.

Similar considerations illuminate the "shallow affect" associated with hysteria. It is true that when histrionic people express feelings, there is often a dramatized, inauthentic, exaggerated quality to what they say. This does not mean that they do not "really" have the emotions to which they are giving voice. Their superficiality and apparent playacting derive from their having extreme anxiety over what will happen if they have the temerity to express themselves to someone they see as powerful. Having been infantilized and devalued, they do not anticipate respectful attention to their feelings. They magnify them to get past their anxiety and convince themselves and others of their right to self-expression; simultaneously, by conveying that they are not really serious, they preserve their option to retract or minimize what they are saying if it should turn out that this is another unsafe place to express oneself. Announcements such as "I was SOOOO furious!", accompanied by theatrically rolling eyes, invite others to see the emotion as not really there or as trivial. It is there, but it is drenched in conflict.

Bromberg (1996, p. 223) makes the quip, attributing an earlier version of it to R. D. Laing (1962, p. 34), that a hysteric "is someone who goes through life pretending to be who he really is." Behind the wit here, there is a deeply empathic sensibility, in which the dilemma of the hysterical person is framed as the "tragic inability to convince others of the authenticity of his or her own subjective experience" (p. 224). In a therapeutic atmosphere of scrupulous respect, the histrionic person will eventually feel sufficiently heard to become able to describe anger and other feelings in a credible, direct way, and to augment a reactive, impressionistic style with a proactive, analytic one.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH HYSTERICAL PATIENTS

Transference was originally discovered with clients whose complaints were in the hysterical realm, and it is no accident that it became so visible there. Freud's whole conception of hysteria revolved around the observation that what is not consciously remembered remains active in the unconscious realm, finding expression in symptoms, enactments, and reexperiences of early scenarios. The present is misunderstood as containing the perceived dangers and insults of the past, partly because the hysterical person is too anxious to let contradictory information in.

In addition to these factors, histrionic people are strongly object related and emotionally expressive. They are more likely than other individuals to talk about their reactions to people in general and to the therapist in particular. Given the dynamics described above, the reader can probably see how the combination of a heterosexual female hysterical patient and a male therapist would immediately evoke the client's central conflicts. Freud (1925a) was initially quite exasperated to find that while he was trying to put himself across to his histrionic patients as a benevolent physician, they insisted on seeing him as a provocative male presence, with whom they would suffer, struggle, and sometimes fall in love.

Because hysterical personality is a psychology in which gender-related issues may dominate the patient's way of seeing the world, the nature of the initial transferences may differ as a function of the sex of both client and therapist. With male practitioners, heterosexual female clients with hysterical dynamics may be excited, intimidated, and defensively seductive. With female therapists, they are often subtly hostile and competitive. With both, they may seem somewhat childlike. The transferences of male hysterical patients will vary depending on whether their internal cosmology assigns greater power to maternal or paternal figures. Most hysterical clients are cooperative and appreciative of the therapist's interest, but borderline and psychotic-level hysteroid people are difficult to treat because they act out so destructively and feel so menaced by the treatment relationship (Lazare, 1971).

Even high-functioning hysterical clients, however, can have transferences of such intensity that they feel almost psychotic. Hot transferences are unnerving to both therapist and client. They can be addressed effectively by tactful investigation and by scrupulous observance of professional boundaries. Therapists who are secure in their role will find such reactions, as Freud did, not an obstacle to treatment but rather the means through which it heals, as clients learn to tolerate their complexly determined desire in a safe environment. When histrionic patients

are too afraid to admit to such passionate responses in the presence of the therapist, they may act out with objects who are transparent substitutes. A supervisee of mine named James began seeing a hysterical young woman whose father had alternated between traumatic intrusiveness and rejection; she had sequential affairs with men named Jim, Jamie, and Jay within the first several months of her treatment.

Occasionally the transference of a person with hysterical dynamics becomes painfully intense before he or she has sufficient trust in the therapist to bear that intensity. Especially in the early months, histrionic clients may flee treatment, sometimes with rationalizations and sometimes with awareness that it is the strength of their attraction, or fear, or hatred—and the anxiety that it evokes—that is driving them away. Even though the frightening reactions may coexist with warm feelings, they can be too upsetting to tolerate. I have worked with several women who became so upset by the hostility and devaluation they found themselves feeling in my presence that they could not keep coming to me. Similarly, several of my male colleagues have been fired by histrionic clients who became too obsessed with winning their therapist's love to benefit from therapy. In these cases, especially if the transference is somewhat ego alien, a change of therapists to someone who seems less like the original overstimulating or devalued object may work out well.

Countertransference with hysterical clients may include both defensive distancing and infantilization. The therapeutic dyad in which these potentials are most problematic is that of the male therapist, especially if his personality is at all narcissistic, and the female client. It can be hard to attend respectfully to what feels like pseudoaffect in histrionic clients; the self-dramatizing quality of these anxious patients invites ridicule. Most hysterically organized people are highly sensitive to interpersonal cues, however, and an attitude of patronizing amusement will be very injurious to them, even if they manage to keep the therapist's disrespect out of their awareness.

Before it was politically incorrect to talk openly and ego-syntonically about one's misogyny, it was common to hear (male) psychiatric residents condoling with each other man-to-man about their exasperating histrionic patients. "I've got this wacko hysteric—she bursts into tears every time I frown. And today she comes in with a skirt that barely reaches her thighs!" Female professionals within range of such conversations would exchange pained expressions and give silent thanks—or prayers—that they were not in treatment with someone who could talk like this about a person he hoped to help. One still hears this kind of conversation about borderline patients, and given that the DSM depiction of BPD emphasizes hysteroid features, the power of this devaluing countertransference remains impressive. It is arguable, in fact, that even though

"hysteria" has disappeared as a disease entity, we have seen the return of the repressed in the contemporary concept of BPD (Bollas, 1999).

Related to this more condescending and hostile reaction is the temptation to treat the histrionic woman like a little girl. As a major weapon in the hysterical arsenal, regression is to be expected. Still, it is surprising how many clinicians accept the hysterical invitation to act out omnipotence. The appeal of playing "Big Daddy" to a helpless, grateful young thing is evidently quite strong. I have known otherwise disciplined practitioners who, when treating a hysterically organized woman, could not contain their impulse to give her reassurance, consolation, advice, or praise, despite the fact that the subtext in all these messages is that she is too weak to figure things out on her own, or to develop the capacity to give herself her own reassurance or comfort. Because regression in most histrionic people is defensive—that is, it protects them from fear and guilt that accompany adult responsibility—it should not be confused with genuine helplessness. Being afraid and being incompetent are not the same thing. The problem with being too indulgent and commiserative with a hysterical person, even if that stance lacks any hostile condescension, is that the client's diminished self-concept will be reinforced. An attitude of parental solicitude is as much of an insult as one of scorn for the patient's "manipulativeness."

Finally, I should mention countertransference temptations to respond to seductiveness in hysterical clients. As has been repeatedly demonstrated in studies of the sexual abuse of clients (see Celenza, 2007; Gabbard & Lester, 2002; Gutheil & Brodsky, 2008; Pope, Tabachnick, & Keith-Spiegel, 1987), this is a greater danger to male than to female therapists. Women treating hysterical patients, even highly seductive males, are protected by internalized social conventions that make the dyad of dependent male–authoritative female harder to erotize. Cultural acceptance of the phenomenon of the older or more powerful man's attraction to the younger or more needy woman, in contrast, which has psychodynamic roots in male fears of female engulfment that are assuaged by this paradigm, leaves men much more vulnerable to sexual temptation in their therapeutic role.

The implications of theory and the lessons of practice emphatically confirm that sexual acting out with patients has disastrous effects (Celenza, 2007; Gabbard & Lester, 2002; Gutheil & Brodsky, 2008; Pope, 1987; Smith, 1984). What hysterical clients need, as opposed to what they may feel they need when their core conflicts are activated in treatment, is the experience of having and giving voice to powerful desires that are not exploited by the object of those desires. Trying and failing to seduce someone is profoundly transformative to histrionic people, because—often for the first time in their lives—they learn that

someone they depend on will put their welfare above the opportunity to use them, and that the direct exertion of their autonomy is more effective than defensive, sexualized distortions of it.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF HYSTERICAL PERSONALITY

Standard psychoanalytic treatment was invented for people with hysterical personality structure, and it is still the treatment of choice with healthier clients in this group. By standard treatment, I mean that the therapist is relatively quiet and nondirective, addresses process more than content, deals with defenses rather than what is being defended against, and limits interpretation mostly to addressing resistances as they appear in the transference. As David Allen (1977) notes:

> Hysterical patients make contact immediately, and it is a reparative contact they seek.... For the beginning therapist, such patients give the clearest and most accessible evidence of transference.... The crux of the treatment of the hysterical personality is the transference. If we give wrong interpretations, we can correct them in the light of later information. If we miss opportunities to interpret, they will occur again and again. But if we mishandle the transference, the treatment is in trouble. Mishandling of the transference or failing to establish a therapeutic alliance is almost the only vital mistake, and it is exceedingly difficult to repair. (p. 291)

One must first develop rapport and spell out the responsibilities of both parties to the therapy contract—a swift and easy process with higher-functioning hysterical clients because of their basic relatedness. Then, by a nonintrusive but warm demeanor, along with a judicious avoidance of self-disclosure, the therapist allows the transference to flourish. Once the patient's issues surface in the treatment relationship, the therapist can tactfully address feelings, fantasies, frustrations, wishes, and fears as they appear directly in the consulting room. It is critical that the therapist allow the hysterical client to come to his or her own understandings. A rush to interpret will only intimidate someone with hysterical sensibilities, reminding the patient once again of the superior power and insight of others. Comments with any trace of the attitude "I know you better than you know yourself" may, in the imagery that often dominates the internal representational world of the hysterical person, feel castrating or penetrating to the client. Raising gentle questions, remarking casually when the patient seems stuck, and continually bringing him or her back to what is being felt, and how that is understood, comprise the main features of effective technique.

With neurotic-level hysterical people, the therapist may have the experience of sitting back and watching the patient make him- or herself well. It is important to rein in one's narcissistic needs to be valued for making a contribution; the best contribution one can make to a histrionic person is confidence in the client's capacity to figure things out and make responsible adult decisions. One should attend not only to the elicitation of feelings but to the integration of thinking and feeling. D. W. Allen (1977) observes:

> An essential part of craftsmanship in therapy is to communicate within the cognitive style of the patient with full respect for the patient's feelings and values. The hysterical thinking style is not inferior as far as it goes, but the hysterical style needs the complementary advantages of detailed, linear "left-hemisphere thinking" as well. In a sense, the hysteric does need to learn how to think and what to connect in thinking, just as the obsessive compulsive needs to learn how to feel and what to connect in feeling. (p. 324)

More disturbed hysterical clients require much more active and educative work. In the first interview, besides tolerating and naming their crippling anxiety, one should predict any temptations that may imperil the treatment. For example: "I know that right now you are determined to work these problems out in therapy. But we can see that in your life so far when your anxiety has gotten too high, you have escaped into an exciting love affair [or gotten sick, or gone into a rage and left—whatever is the pattern]. That is likely to happen here, too. Do you think you can stick with our work over the long haul?"

Lower-functioning hysterical clients should be told to expect powerful and negative reactions to the therapist and urged to come in and talk about them. In general, approaches that apply to borderline patients across the typological spectrum are useful with more disturbed hysterical people, with special attention to their transference reactions.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

The main conditions with which hysterical personality organization can be confused, on the basis of its surface characteristics, are psychopathy and narcissism. In addition, some imprecision exists, as it did in Freud's day, between the diagnoses of hysterical and dissociative psychology. Finally, also as in the time of Freud and earlier, individuals with undiagnosed physiological conditions may be misunderstood as having a hysterical personality disorder.

Hysterical versus Psychopathic Personality

Many writers, over many decades (e.g., Chodoff, 1982; Cloninger & Guze, 1970; Kraepelin, 1915; Lilienfield, Van Valkenburg, Larntz & Akiskal, 1986; Meloy, 1988; Rosanoff, 1938; Vaillant, 1975), have noted connections between psychopathy and hysteria. Anecdotal evidence suggests that there is an affinity between the two psychologies; specifically, some histrionic women, especially in the borderline range, are attracted to psychopathic men. Meloy (1988) mentions the familiar phenomenon of the convicted murderer who gets inundated with letters from female sympathizers looking to come to his defense and/or to become his lover.

Qualities seen as hysterical in women are often construed as psychopathic in men. A study by Richard Warner (1978), in which a fictional case vignette was given to mental health professionals, found that identical descriptions of sensational, flirtatious, excitable behavior attributed to either a man or a woman yielded assessments of antisocial or hysterical personality, respectively, depending on the gender of the patient portrayed. Warner concluded that hysteria and psychopathy are essentially the same. And yet every experienced clinician has seen at least a few women who were unquestionably psychopathic rather than hysterical characterologically, even if they had some hysterical symptoms, and a few men who were clearly histrionic and not antisocial. If these categories were just gendered versions of the same psychology, that would not be so. (Also, Warner's vignettes featured behaviors that make differential diagnosis difficult.) A more reasonable view of his findings is that because of the greater frequency of psychopathy in men and of hysteria in women, most of his diagnosticians engaged in the research task with an explanatory "set" that was not sufficiently counteracted to change their expectancies.

Confusion of hysteria with psychopathy is likelier toward the more disturbed end of the hysterical continuum. In the borderline and psychotic ranges, many people have aspects of both psychologies. But a determination of which dynamic predominates is valuable to the formation of an alliance and to the ultimate success of therapy. Hysterical individuals are intensely anaclitic, conflicted, and frightened, and a therapeutic relationship with them depends on the clinician's appreciation of their fear. Psychopathic people equate fear with weakness, resonate to self-definition themes over anaclitic onces, and disdain therapists who mirror their trepidation. Hysterical and antisocial people both behave dramatically, but the defensive theatricality of the histrionic person is absent in psychopathy. Demonstrating one's power as a therapist will

engage a psychopathic person positively yet will intimidate or infantilize a hysterical client.

Hysterical versus Narcissistic Personality

As I have noted, hysterical people use narcissistic defenses. Both hysterical and narcissistic individuals have basic self-esteem defects, deep shame, and compensatory needs for attention and reassurance; both idealize and devalue. But the sources of these similarities differ. First, for the hysterical person, self-esteem problems are usually related to gender identification or to particular conflicts, while with narcissistic people they are diffuse. Second, people who are hysterically organized are basically warm and caring; their exploitive qualities arise only when their core dilemmas and fears are activated. Third, hysterical people idealize and devalue in specific, often gender-related ways; their idealization frequently has its origins in counterphobia ("This wonderful man would not hurt me"), and their devaluation has a reactive, aggressive quality. In contrast, narcissistic people habitually rank all others in terms of better and worse, without the press of powerful, object-directed affects. Kernberg (1982) has commented on how a hysterical and a narcissistic woman may both have unsatisfactory intimate relationships, but the former tends to pick bad objects whom she has counterphobically idealized, while the latter picks adequate objects whom she then devalues.

Implications of this differential for treatment are substantial, though too complex to cover except with the overall observation that basically hysterical people do well with traditional analytic treatment, whereas narcissistic ones need therapeutic efforts adapted to the primacy of their efforts to maintain self-cohesion and a positively valued self-concept.

Hysterical versus Dissociative Conditions

Hysterical and dissociative psychologies are closely related and are viewed by many contemporary scholars as variations on the same traumatic theme. Because it is more common for a dissociative person to be presumed to be hysterical than vice versa, I discuss the distinctions between these two conditions, and the metapsychological problems of classification related to dissociative dynamics, in the next chapter.

Hysterical versus Physiological Conditions

Although it is much less common now than in the heyday of American pop Freudianism to attribute any baffling physical symptom to uncon-

scious conflict, a final word should be said about not overlooking the possibility of physical origins of mysterious ailments. Symptoms of some systemic illnesses—multiple sclerosis, for example—are frequently assumed to be of hysterical origin, as are many "female complaints" that frustrate physicians. In England in the 1990s there was an outbreak of what was widely diagnosed as "gardener's hysteria" in members of a group of horticulturists who had visited the United States; eventually it was discovered that they had gathered examples of American fall foliage on the trip, including a lot of brilliantly red poison ivy. More consequentially, George Gershwin probably would have lived well beyond 38 if his therapist had not interpreted the symptoms of his brain tumor as psychogenic rather than organic.

Because histrionic people regress when they are anxious, and have off-putting, self-dramatizing ways of expressing their complaints, a physical illness in a person with hysterical tendencies is in jeopardy of not being thoroughly investigated. It is more than simply medically prudent to pursue the possibility of an organic problem in a histrionic person; it also sends a therapeutic message to a scared human being whose basic dignity has not always been respected.

SUMMARY

I have described hysterical personality in the context of evolving psychoanalytic conceptualizations that include aspects of drive (intense and affectionate basic temperament, with oral and oedipal struggles aggravated by gender-related disappointments), ego (impressionistic cognitive style; defenses of repression, sexualization, regression, acting out, dissociation), object relations (inadequate parenting that includes narcissistic and seductive messages, replicated in later relationships dominated by the repetition compulsion), and self (self-image as small, defective, and endangered, and self-esteem burdened by conflicts over sexualized expressions of power).

I described transference and countertransference experiences as including strong, competitive, and erotized reactions, depending on the sexual orientation and gender of client and therapist, as well as regressive trends that invite contempt or infantilization rather than respect. I addressed the value of working through erotic transferences and stressed the destructiveness of therapist sexualization. I recommended a treatment style characterized by the careful maintenance of professional boundaries, a warm and empathic attitude, and an economy of interpretation guided by traditional psychoanalytic technique. I contrasted hysterical character with psychopathic, narcissistic, and dissociative

personality, and offered a final caveat about investigating possible physiological causes of presumptively hysterical symptoms.

SUGGESTIONS FOR FURTHER READING

For a sympathetic understanding of hysterical personality, I am partial to Mardi Horowitz's (1991) edited volume and also to the work of Mueller and Aniskiewitz (1986), whose tone lacks the condescension so common in male therapists' writing on hysteria. D. Shapiro's (1965) essay on the hysterical cognitive style is thorough and still timely.

For readers interested in hysterical neurosis as the emblematic mental illness of the late 19th century (perhaps comparable to depression in our current era), Scull's (2009) mordant "biography" of hysteria is fascinating. Veith's (1965) history from ancient to modern times is illuminating and entertaining. For those who enjoy thoughtful and passionate feminist scholarship I recommend Juliet Mitchell's (2001) plea that we resume attending to hysteria (contra to those who have regarded it as a constructed and bygone cultural phenomenon) and *Storms in Her Head* by Muriel Dimen and Adrienne Harris (2001). Bromberg's chapter on "Hysteria, Dissociation, and Cure" in *Standing in the Spaces* (1996) is a gracefully written, incisive commentary on Freudian and post-Freudian formulations, that foregrounds the relational context of healing for people with hysterical issues.

CHAPITRE 4
LES PERSONNALITÉS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELLES OU ERRATIQUES

SECTION 9 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

Textes obligatoires

Texte 25 Gabbard, G.O., 2014, Cluster B. Personality Disorders Narcissistic dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 481-514.

Texte 26 Drive, Affect and Temperament in Narcissistic Personality

Lectures suggérées

Akhtar, S. et J.A. Thomson, 1982, Overview : Narcissistic Personality Disorder, American Journal of Psychiatry, 139, nº. 1, 12-20

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 275-279

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington 197-199; HARDWORKING BUSINESSMAN

Audio

Une entrevue avec un patient dans la cinquantaine

Texte 26

Drive, Affect and Temperament in Narcissistic Personality

McWilliams, N., 2011, Drive, Affect and Temperament in Narcissistic Personality dans *Psychoanalytical Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, The Guilford Press, 175-195.

8

Narcissistic Personalities

The term "narcissistic" refers to people whose personalities are organized around maintaining their self-esteem by getting affirmation from outside themselves. All of us have vulnerabilities in our sense of who we are and how valuable we feel, and we try to run our lives so that we can feel good about ourselves. Our pride is enhanced by approval and injured by disapproval from significant others. In some of us, concerns with "narcissistic supplies," or supports to self-esteem, eclipse other issues to such an extent that we may be considered excessively self-preoccupied. Terms like "narcissistic personality" and "pathological narcissism" apply to this disproportionate degree of self-concern, not to ordinary responsiveness to approval and sensitivity to criticism.

Narcissism, normal as well as pathological, is a topic to which Freud (1914a) gave recurrent attention. He borrowed the term from the Greek myth of Narcissus, the youth who fell in love with his reflection in a pool of water and eventually died of a kind of longing that his image could never satisfy. Yet Freud had little to say about therapy for those in whom narcissistic concerns are central. Alfred Adler (e.g., 1927) and Otto Rank (e.g., 1929) both wrote on topics we would now include under narcissism, but their respective estrangements from Freud made their work unfamiliar to many therapists. Since the early psychoanalytic era, it has been noted that some people have problems with self-esteem that are hard to construe solely in terms of drives and unconscious conflicts, and are correspondingly hard to treat by reference to conflict-based models of therapy. A deficit model seems to fit their experience better: There is something missing from their inner lives.

Preoccupied with how they appear to others, narcissistically organized people may privately feel fraudulent and loveless. Ways of helping them to develop self-acceptance and to deepen their relationships awaited the expansion of dynamic psychology into areas that Freud had only begun to touch. Attention to concepts like basic security and identity (Erikson, 1950, 1968; Sullivan, 1953); the self as opposed to the more functionalist concept of the ego (Jacobson, 1964; Winnicott, 1960b); self-esteem regulation (A. Reich, 1960); attachment and separation (Bowlby, 1969, 1973; Spitz, 1965); developmental arrest and deficit (Kohut, 1971; Stolorow & Lachmann, 1978); shame (H. B. Lewis, 1971; Lynd, 1958; Morrison, 1989); and affect regulation, trauma, and attachment (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005; Schore, 2002) contributed to our understanding of narcissism.

As new theoretical areas were explored in the post-Freudian years, old areas were reworked, leading to improvements in treating narcissistic problems. Much ferment followed challenges by object relations theorists (Balint, 1960; Fairbairn, 1954; Horney, 1939) to Freud's concept of "primary narcissism," the assumption that the infant cathects (invests emotionally in) self before others. Thinkers who stressed primary *relatedness* understood narcissistic pathology not as fixation on normal infantile grandiosity but as compensatory for early disappointments in relationship. Around the same time, notions like containment (Bion, 1967), the holding environment (Modell, 1976; Winnicott, 1960b), and mirroring (Kohut, 1968; Winnicott, 1967) were redefining theories of therapy. These ideas were more applicable than earlier models of psychopathology and treatment to people for whom the continuity of a sense of self, and the feelings of reasonable worth attached to it, are fundamentally problematic.

It is also likely that when Freud was writing, narcissistic problems of the kind that are epidemic today were less common. Psychoanalytically influenced social theorists (e.g., Cushman, 1995; Fromm, 1947; Hendin, 1975; Lasch, 1978, 1984; Layton, 2004; Slater, 1970) have argued that the vicissitudes of contemporary life reinforce narcissistic concerns. The world changes rapidly; we move frequently; mass communications exploit our insecurities and pander to our vanity and greed; secularization dilutes the internal norms that religious traditions once provided. In mass societies and in times of rapid change, the immediate impression one makes may be more compelling than one's integrity and sincerity, qualities that are prized in smaller, more stable communities where people know each other well enough to make judgments based on someone's history and reputation. In the United States, a climate of narcissistic absorption may not be a particularly recent phenomenon. In 1831, Alexis de Tocqueville (2002) noted that a society that touts equal-

ity of opportunity leaves citizens concerned with how to demonstrate their claim to special worth. Without a class system to provide visible levels of status, they try to accumulate observable evidence of their superiority, as inferiority would be equated with personal failure.

Many of Freud's patients suffered from too much internal commentary about their goodness or badness, a condition he came to depict as reflecting a "harsh superego." Contemporary clients, in contrast, often feel subjectively empty rather than full of critical internalizations; they worry that they "don't fit in" rather than that they are betraying their principles, and they may ruminate about observable assets such as beauty, fame, wealth, or the appearance of political correctness rather than more private aspects of their identity and integrity. Image replaces substance, and what Jung (1945) called the persona (the self one shows to the world) becomes more vivid and dependable than one's actual person.

Ernest Jones (1913) may have been the first analytic writer to describe the more overtly grandiose narcissistic person. He depicted a man characterized by exhibitionism, aloofness, emotional inaccessibility, fantasies of omnipotence, overvaluation of his creativity, and a tendency to be judgmental. He portrayed such individuals as on a continuum from psychotic to normal, commenting that "when such men become insane they are apt to express openly the delusion that they actually are God, and instances of the kind are to be met within every asylum" (p. 245). W. Reich (1933) devoted a section of *Character Analysis* to the "phallic–narcissistic character," represented as "self-assured ... arrogant ... energetic, often impressive in his bearing ... [who] will usually anticipate any impending attack with an attack of his own" (pp. 217–218). This familiar type appears in its essentials in the DSM-IV criteria for narcissistic personality disorder.

As psychoanalytic observations of personality continued, it became clear that the overtly grandiose personality was only one form of a "disorder of the self" (Kohut & Wolf, 1978). Current analytic conceptualization recognizes many different external manifestations of a core difficulty with identity and self-esteem. Bursten (1973b) suggested a typology of narcissistic personalities that includes craving, paranoid, manipulative, and phallic narcissistic subvarieties. Many have noted that in every vain, grandiose narcissist hides a self-conscious, shamefaced child, and in every depressed and self-critical narcissist lurks a grandiose vision of what that person should or could be (Meissner, 1979; A. Miller, 1975; Morrison, 1983). Repeatedly, the clinical literature has distinguished between two versions of narcissism, variously dubbed the "oblivious" versus the "hypervigilent" type (Gabbard, 1989), the overt versus the covert or "shy" type (Akhtar, 2000); the exhibitionistic versus the "closet" type (Masterson, 1993), and (my personal favorite)

the "thick-skinned" versus the "thin-skinned" type (Rosenfeld, 1987). Pharis (2004) has described a "virtuous narcissist," often an inspiring political figure, who accomplishes great things but quietly lets an associate take blame for any mistakes.

What narcissistic people of all appearances have in common is an inner sense of, and/or terror of, insufficiency, shame, weakness, and inferiority (Cooper, 1984). Their compensatory behaviors might diverge greatly yet still reveal similar preoccupations. Hence, individuals as different as Janis Joplin and Socrates's problematic student Alcibiades might be reasonably viewed as narcissistically organized.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN NARCISSISM

I am not aware of research on the topic of constitutional and temperamental contributions to narcissistic personality organization in adulthood. Unlike antisocial people, who pose obvious and costly problems to society and therefore prompt funding for scientific investigation into psychopathy, narcissistic individuals are quite diverse, often subtle in their pathology, and not so patently damaging. Successful narcissistic people (monetarily, socially, politically, militarily, or however their success is manifested) may be admired and emulated. The internal costs of narcissistic hunger for recognition are rarely visible to onlookers, and injuries done to others in the pursuit of narcissistically driven projects may be rationalized as trivial or necessary side effects of competence ("You can't make an omelet without breaking eggs"). Also, recognition of more subtle kinds of narcissism as treatable character problems is an achievement of only the past few decades.

Although Shedler and Westen's work (e.g., 2010) establishes that therapists are quite reliable in identifying narcissistic dynamics, most of our ideas about etiology are still untested, clinically generated hypotheses. One of these is that people at risk for developing a narcissistic character structure may be constitutionally more sensitive than others to unverbalized emotional messages. Specifically, narcissism has been associated with the kind of infant who seems preternaturally attuned to the unstated affects, attitudes, and expectations of others. Alice Miller (1975) suggested, for example, that many families contain one child whose natural intuitive talents are unconsciously exploited by his or her caregivers for the maintenance of their self-esteem and that this child grows up confused about whose life he or she is supposed to lead. Miller believed that such gifted children are more likely than untalented youngsters to be treated as "narcissistic extensions" of their caregivers and are hence more apt to become narcissistic adults.

On a different note, in discussing entitled, grandiose narcissistic clients, Kernberg (1970) has suggested that they may have either an innately strong aggressive drive or a constitutionally determined lack of tolerance for anxiety about aggressive impulses. Such dispositions would partially explain the lengths to which narcissistic people may go to avoid acknowledging their own drives and appetites: They may be scared of their power. Beyond these speculations, we know little about temperamental propensities that may contribute to a narcissistic character structure.

As for the main emotions associated with narcissistic personality organization, shame and envy are recurrently stressed in the clinical literature (e.g., Steiner, 2006). Feelings of shame and fears of being shamed pervade the subjective experience of narcissistic people. The early analysts underestimated the power of this emotional state, often mistaking it for guilt and making guilt-oriented interpretations that narcissistic patients found unempathic. Guilt is the conviction that one is sinful or has committed wrongdoings; it is easily conceptualized in terms of an internal critical parent or the superego. Shame is the sense of being *seen* as bad or wrong; the audience here is outside the self. Guilt carries with it a sense of an active potential for evil, whereas shame has connotations of helplessness, ugliness, and impotence.

The narcissistic person's vulnerability to envy is a related phenomenon, one that Melanie Klein's work illuminates (Segal, 1997). If I have an internal conviction that I am lacking in some way and that my inadequacies are at constant risk of exposure, I will be envious toward those who seem content or who have assets that I believe would make up for what I lack. Envy may also be the root of the much-noted judgmental quality of narcissistically organized persons, toward themselves and toward others. If I feel deficient and I perceive you as having it all, I may try to destroy what you have by deploring, scorning, or ridiculing it.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN NARCISSISM

Narcissistically structured people may use a whole range of defenses, but the ones they depend on most fundamentally are idealization and devaluation. These processes are complementary, in that when the self is idealized, others are devalued, and vice versa. Kohut (1971) originally used the term "grandiose self" to capture the sense of self-aggrandizement and superiority that characterizes one polarity of the inner world of narcissistic people. This grandiosity may be felt internally, or it may be projected. There is a constant "ranking" process that narcissistic people use to address any issue that faces them: Who is the "best" doctor?

What is the "finest" preschool? Where is the "most rigorous" training? Realistic advantages and disadvantages may be completely overridden by concerns about comparative prestige.

For example, a woman I know was determined that her son would go to the "best" college. She took him to see several exclusive schools, pulled strings where she had any, and even wrote thank-you notes to deans of admission with whom he had interviewed. By mid-April, he had been accepted by several excellent colleges and universities, and he was on the waiting list at Yale. Her response was a sense of devastation that he had been rejected by Harvard. The young man elected to attend Princeton. Throughout his freshman year, his mother badgered Harvard to take him as a transfer student. Although he thrived at Princeton, when Harvard finally capitulated to his mother's relentless entreaties, there was no question about his destination.

The subordination of other concerns to issues of general valuation and devaluation is of note here. This mother knew that professors in her son's chosen field considered Harvard inferior to Princeton in that area; she also knew that Harvard undergraduates tend to receive less attention than those at Princeton; and she was aware that her son would suffer socially at Harvard for missing his freshman year there. Nevertheless, she persisted. Although she did not have a diagnosable narcissistic personality disorder, this woman used her son as a narcissistic extension in this instance because she had a defensive belief system that included the conviction that her own life would have been dramatically transformed had she gone to Radcliffe, the "sister" school to Harvard and the "best" school for women at the time she was applying to college.

In an instance where a parent's valuation and devaluation were characterological, a patient of mine, a college student with artistic and literary sensibilities, was told by his grandiose father that he would support his becoming a doctor (preferably) or a lawyer (if he proved untalented in the natural sciences), but nothing else. Medicine and law would bring in money and command respect; any other career would reflect badly on the family. Because this young man had been treated like a narcissistic extension his whole life, he saw nothing unusual in his father's position, which is culturally quite aberrant in the United States.

A related defensive position in which narcissistically motivated people are trapped concerns perfectionism. They hold themselves up to unrealistic ideals and either convince themselves that they have attained them (the grandiose outcome) or respond to their falling short by feeling inherently flawed rather than forgivably human (the depressive outcome). In therapy, they may have the ego-syntonic expectation that the point of undergoing treatment is to perfect the self rather than to understand it and to find more effective ways of handling its needs. The demand for

perfection is expressed in chronic criticism of self or others (depending on whether or not the devalued self is projected) and in an inability to find joy amid the ambiguities of human existence.

Sometimes narcissistic people handle their self-esteem problem by regarding someone else—a lover, a mentor, a hero—as perfect and then feeling inflated by identification with that person ("I am an appendage of So-and-so, who can do no wrong"). Some have lifelong patterns of idealizing someone and then sweeping that idol off the pedestal when an imperfection appears. Perfectionistic solutions to narcissistic dilemmas are inherently self-defeating: One creates exaggerated ideals to compensate for defects in the sense of self that are felt as so contemptible that nothing short of perfection will make up for them, and yet, since no one is perfect, the strategy is doomed, and the depreciated self emerges again.

RELATIONAL PATTERNS IN NARCISSISM

From this description of some of their dynamics, the reader has probably already concluded that relationships between narcissistic people and others are overly burdened with the self-esteem issues of the narcissistic party. Although it is rare for someone with a narcissistic personality disorder to come to therapy with the explicit agenda of becoming a better friend or family member or lover, it is not uncommon for clients with this problem, especially in midlife or later, to be aware that something is wrong in their interactions with others. One problem in helping them is conveying to them what it would be like to accept a person nonjudgmentally and nonexploitively, to love others as they are, without idealizing, and to express genuine feelings without shame. Narcissistic people may have no concept of such possibilities; the therapist's acceptance of them can become the prototype for their emotional understanding of intimacy.

Self psychologists have coined the term "selfobjects" for the people in our lives who support our self-esteem by their affirmation, admiration, and approval (see Basch, 1994). The term reflects the fact that individuals in that role function as objects outside the self and also as part of one's self-definition. By helping to modulate self-esteem, they augment what most of us also do internally. We all have selfobjects, and we need them. If we lose them we feel diminished, as if some vital piece of us has died. Yet reality and morality require that others be more than selfobjects, that we *recognize* them (Benjamin, 1988) in terms of who they are and what they need, not just in terms of what they do for us.

The narcissistic person needs selfobjects so greatly that other aspects of relationship pale, and may even be unimaginable, as they were to my

client whose father would not support his being anything but a doctor or lawyer. Thus, the most grievous cost of a narcissistic orientation is a stunted capacity to love. Despite the importance of other people to the equilibrium of a narcissistic person, his or her consuming need for reassurance about self-worth leaves no energy for others except in their function as selfobjects and narcissistic extensions. Hence, narcissistic people send confusing messages to their friends and families: Their need for others is deep, but their love for them is shallow. Symington (1993) believes that the ultimate cause of this deficit is a child's having repudiated, for whatever reason, the original emotional "lifegiver," with the long-term consequence of internal deadness and incapacity to find one's vitality.

Some theorize that people get this way by having been used as narcissistic appendages themselves. Narcissistic clients may have been vitally important to parents or other caregivers, not because of who they really were but because of the function they fulfilled. The confusing message that one is highly valued, but only for a particular role that one plays, makes children worry that if their real feelings, especially hostile or selfish ones, are visible, rejection or humiliation will follow. It fosters the development of what Winnicott (1960a) called the "false self," the presentation of what one has learned is acceptable. A crucial difference between the etiologies of psychopathy and narcissism may be that whereas antisocial psychology derives from overt abuse and neglect, narcissistic psychology springs from a particular kind of attention or even doting, in which support is given on the implicit condition that the child cooperate with a parent's narcissistic agenda.

I assume that most parents regard their children with a combination of narcissistic needs and true empathy. In moderation, children enjoy being treated as narcissistic extensions. Making parents feel proud, as if they also have been admired when their son or daughter gets recognition, is one of the sweeter pleasures of childhood. As usual, the issue is one of degree and balance: Does the child also get attention unrelated to whether the parent's aims are furthered? A markedly nonnarcissistic attitude toward offspring informs the remarks of a now-deceased friend of mine who reared 12 children during the 1930s, all of whom have turned out well despite borderline poverty and some painful losses:

> "Every time I'd get pregnant, I'd cry. I'd wonder where the money would come from, how I was going to nurse this child and take care of everything else. But around the fourth month I'd begin to feel life, and I'd get all excited, thinking, 'I can't wait till you come out and I find out who you are!' "

I quote this to contrast her sentiments with those of a prospective parent who "knows" who the child is going to be: Someone to be molded by the parent into a person who realizes all the parent's failed ambitions and brings reflected glory to the family.

A related aspect of the upbringing of people who become narcissistic is a family atmosphere of constant evaluation. If I have an agenda for a child that is vital to my own self-esteem, then every time that child disappoints me, I will be implicitly or explicitly critical. I doubt that anyone has ever brought up a child without criticism, but the background message that one is not good enough in some vague way is quite different from specific feedback on behaviors that offend. An evaluative atmosphere of perpetual praise and applause, which one finds in some families with narcissistic children, is equally damaging to the development of realistic self-esteem. The child is always aware of being judged, even if the verdict is positive. He or she knows on some level that there is a false quality to the attitude of constant admiration, and despite the conscious sense of entitlement that may issue from such a background, it creates a nagging worry that one is a bit of a fraud, undeserving of this adulation that seems tangential to who one really is. Fernando (1998) has argued that overindulgence of this kind is the primary etiology of pathological narcissism. Fiscalini (1993), noting different versions of narcissistic orientation, identified the shamed child, the spoiled child, and the special child as precursors of pathological narcissism in adulthood.

Thus we see again how certain character structures can be "inherited," though parents do not have to have narcissistic personalities themselves to rear a son or daughter who is disturbed narcissistically. Parents may have narcissistic needs toward a particular child (as in the case of the woman whose son had to go to Harvard) that set the stage for that child's not being able to discriminate between genuine feelings and efforts to please or impress others. What is a nonissue to one parent is a central one to another. We all want for our children the things we lacked, a harmless desire as long as we spare them any pressure to live their lives for our sakes.

Martha Wolfenstein gave us an interesting glimpse of narcissistic processes in a 1951 article "The Emergence of Fun Morality," depicting how liberal intellectual New Yorkers in the postwar era, having grown up during hard times, gave their children the message that they should feel bad about themselves if they were not *having fun*. People whose options were drastically curtailed by some disaster such as war or persecution are apt to send signals that their children should live the life they never had. Frequently, the children of traumatized parents grow up with some identity confusion and feelings of vague shame and emptiness (see Bergmann, 1985; Fogelman, 1988; Fogelman & Savran, 1979).

The communication that "unlike me, you can have it all" is particularly destructive, in that no one can have it all; every generation will face its own constraints. For self-esteem to be contingent on such an unrealistic goal is a crippling inheritance.

THE NARCISSISTIC SELF

I have already alluded to many of the self-experiences of people who are diagnosably narcissistic. They include a sense of vague falseness, shame, envy, emptiness or incompleteness, ugliness, and inferiority, or their compensatory counterparts: self-righteousness, pride, contempt, defensive self-sufficiency, vanity, and superiority. Kernberg (1975) describes such polarities as opposite ego states, grandiose (all-good) versus depleted (all-bad) definitions of self, which are the only options narcissistic persons have for organizing their inner experience. The sense of being "good enough" is not one of their internal categories.

Narcissistically structured people are aware at some level of their psychological fragility. They are afraid of falling apart, of precipitously losing their self-esteem or self-coherence (e.g., when criticized), and abruptly feeling like nobody rather than somebody (Goldberg, 1990b). They sense that their identity is too tenuous to hold together and weather some strain. Their fear of the fragmentation of their inner self is often displaced into a preoccupation with their physical health; thus, they are vulnerable to hypochondriacal preoccupations and morbid fears of death.

One subtle outcome of the perfectionism of narcissistic people is the avoidance of feelings and actions that express awareness of either personal fallibility or realistic dependence on others. In particular, remorse and gratitude are attitudes that narcissistic people tend to deny (McWilliams & Lependorf, 1990). Remorse about some personal error or injury includes an admission of defect, and gratitude for someone's help acknowledges one's need. Because narcissistic individuals try to build a sense of self on the illusion of not having failings and not being in need, they fear that the admission of guilt or dependency exposes something unacceptably shameful. Sincere apologies and heartfelt thanks, the behavioral expressions of remorse and gratitude, may thus be avoided or compromised in narcissistic people, to the great impoverishment of their relationships with others.

By definition, the assessment of narcissistic personality organization conveys that the client needs external affirmation in order to feel internal validity. Theorists diverge rather strikingly in whether they stress the grandiose or the depleted aspects of narcissistic self-experience, a

difference of emphasis central to the disagreement between Kernberg and Kohut on how to understand and treat narcissistic characters, about which I say more later. Disputes on this question go back at least as far as differences of opinion between Freud (1914b), who stressed the individual's primary love of self, and Alfred Adler (1927), who emphasized how narcissistic defenses compensate for feelings of inferiority. Which came first in the evolution of pathological narcissism, the grandiose self-state or the depleted, shamed one, may be the psychoanalytic equivalent of a chicken–egg riddle. From a phenomenological standpoint, these contrasting ego states are intimately connected, much as depression and mania are opposite sides of the same psychological coin.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH NARCISSISTIC PATIENTS

The transference environment with narcissistic clients feels qualitatively different from what one feels with clients who lack pathological narcissism. Even the highest-functioning, most cooperative person with a narcissistic character may contribute to an ambiance in the therapeutic relationship that contrasts sharply with the atmosphere that emerges between the therapist and other clients. Typically, the therapist first notices the patient's lack of interest in exploring the therapeutic relationship. The early psychoanalysts noted this and concluded that narcissistic patients did not have transferences because all their libidinal energy was directed toward the self; this was another basis for doubting that they were treatable. Contemporary analytic theory acknowledges that narcissistic clients do have transference reactions but of a different sort from those of other patients.

Inquiries into how the client is feeling toward the clinician may be received as distracting, annoying, or irrelevant to the client's concerns. It is not unusual for narcissistic patients to conclude that the therapist is asking about their experience of the therapeutic relationship out of conceit or a need for reassurance. (Such silent hypotheses may be projections, of course, even if true, but they tend to be unverbalized, and they can rarely be usefully addressed, at least early in treatment.) This does not mean that narcissistic patients lack strong reactions to the therapist. They may devalue or idealize intensely. Yet they are curiously uninterested in the meaning of those reactions and are genuinely confused about why the clinician is asking about them. Their transferences may be so ego syntonic as to be inaccessible to exploration. A narcissistic patient may believe he or she is devaluing the therapist because the therapist is objectively second-rate or idealizing the therapist because the therapist is

objectively wonderful. Efforts to make such reactions ego alien will usually fail, at least initially: The devalued practitioner who comments on the patient's critical attitude will be perceived as defensive, and the idealized one who comments on the patient's overvaluation will be further idealized as someone whose perfection includes an admirable humility.

Beginning therapists get a lot more devaluing transferences than idealizing ones. It may be some consolation for the misery one endures at being the object of subtle and relentless disparagement that being the recipient of a narcissistic idealizing transference is not much better. In both circumstances one may feel that one's realistic existence as a human being with some emotional intelligence, who is sincerely trying to help, has been extinguished. In fact, this countertransference sense of having been obliterated, of having been made invisible as a real person, is diagnostic of a probable narcissistic dynamic.

Related to these phenomena are countertransferences that include boredom, irritability, sleepiness, and a vague sense that nothing is happening in the treatment. A typical comment about a narcissistic client from a therapist in supervision: "She comes in every week, gives me the news of the week in review, critiques my clothing, dismisses all my interventions, and leaves. Why does she keep coming back? What is she getting out of this?" A strange sense that one does not quite exist in the room is common. Extreme drowsiness is perhaps the most unpleasant of the countertransference reactions to narcissistic patients; every time I experience this, I find myself generating biological explanations ("I didn't get enough sleep last night"; "I just ate a big lunch"; "I must be coming down with a cold"), and then once that patient is out the door and another one is inside, I am wide awake and interested. Occasionally one's countertransference to an idealizing person is a sense of grandiose expansion, of joining the patient in a mutual admiration society. But unless the therapist is also characterologically narcissistic, such reactions are both unconvincing and short-lived.

The psychoanalytic explanation for these phenomena relates to the special kind of transference characteristic of narcissistic people. Rather than projecting a discrete internal object such as a parent onto the therapist, they externalize an aspect of their self. Specifically, instead of feeling that the therapist is like mother or father (although sometimes one can see aspects of such transferences), the client projects either the grandiose or the devalued part of the self. The therapist thus becomes a container for the internal process of self-esteem maintenance. He or she is a selfobject, not a fully separate person who feels to the patient like a previously known, well-delineated figure from the past.

To be used for a self-esteem maintaining function rather than perceived as a separate person is disconcerting, even unnerving. The dehu-

manizing effect of the narcissistic person's attitude accounts for some of the negative countertransference reactions therapists have described in connection with treating such clients. Yet most therapists also report that they can tolerate, control, and derive empathy from such internal reactions once they understand them as comprehensible and expectable features of working with narcissistic patients. The disposition to feel flawed as a therapist is a virtually inevitable mirror of the patient's core worries about self-worth; it is relieving to substitute a revised clinical formulation for ruminations about what one is doing wrong.

Heinz Kohut and other analysts influenced by the self psychology movement (e.g., Bach, 1985; Buirski & Haglund, 2001; Rowe & MacIsaac, 1989; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987; E. S. Wolf, 1988) have described several subtypes of selfobject transferences that may appear in narcissistic patients, including mirroring, twinship, and alter-ego patterns, and many scholars have found parallels between these concepts and contemporary infant research (Basch, 1994). Although I cannot do justice to the complexity of such ideas here, readers who find that the description of narcissistic personality fits a patient they have previously been construing some other way may find it helpful to explore the language of self psychologists for conceptualizing their clients' experience.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF NARCISSISM

A therapist who is able to help a narcissistic person to find self-acceptance without either inflating the self or disparaging others has done a truly good deed, and a difficult one. A primary requisite for treating narcissistic pathology is patience: No one with a track record for influencing the psychology of narcissistic patients has done it very fast. Although modification of any kind of character structure is a long-term undertaking, the requirement of patience may be more keenly felt with narcissistic clients than with those of other character types because of one's having to endure countertransference reactions of boredom and demoralization.

Because there are competing theories of etiology and therapy, it is hard to summarize psychodynamic wisdom about treating narcissistic patients. Most arguments are variants on a complex disagreement between Kohut and Kernberg that appeared in the 1970s and 1980s. The gist of their respective positions was that Kohut (1971, 1977, 1984) saw pathological narcissism developmentally (the patient's maturation was going along normally and ran into some difficulties in the resolution

of normal needs to idealize and deidealize), while Kernberg (1975, 1976, 1984) viewed it structurally (something went askew very early, leaving the person with entrenched primitive defenses that differ in kind rather than in degree from normality: "Pathological narcissism reflects libidinal investment not in a normal integrated self-structure but in a pathological self-structure [1982, p. 913]). Kohut's conception of a narcissistic person can be imaged as a plant whose growth was stunted by too little water and sun at critical points; Kernberg's narcissist can be viewed as a plant that has mutated into a hybrid.

A consequence of their differing theories is that some approaches to narcissism stress the need to give the plant plenty of water and sun so that it will finally thrive, and others propose that it must be pruned of its aberrant parts so that it can become what it should have been. Those more responsive to Kohut's formulation (e.g., 1971, 1977) recommend benign acceptance of idealization or devaluation and unwavering empathy for the patient's experience. Kernberg (e.g., 1975, 1976) advocates the tactful but insistent confrontation of grandiosity, whether owned or projected, and the systematic interpretation of defenses against envy and greed. Self psychologically oriented therapists try to remain inside the patient's subjective experience, whereas analysts influenced by ego psychology and object relations theory oscillate between internal and external positions (see Gardner, 1991).

Most analysts I know have patients for whom Kohut's formulations, both etiological and therapeutic, seem to fit and others for whom Kernberg's seem apt. Kernberg has suggested that Kohut's approach might be considered a subtype of supportive therapy, and hence appropriate for narcissistic patients in the borderline-to-psychotic range (even though Kohut's clinical work, unlike Kernberg's, was mostly with high-functioning patients). This idea is implicitly endorsed by many of my colleagues, who say they find Kohut's recommendations applicable to their more disturbed and depressed–depleted narcissistic clients. Because the jury is still out on the dispute, and because readers can consult the original sources for recommendations about overall approach, I offer some general suggestions on the treatment of narcissism that exist outside this controversy.

I have already mentioned patience. Implicit in that attitude is an acceptance of human imperfections that make therapeutic progress a tedious and taxing business. The matter-of-fact assumption that we are all imperfect and resistant to change contrasts sharply with what the narcissistic person has internalized. Such an attitude is humane and realistic rather than critical and omnipotent. Some therapeutic mileage is already inherent in such a position. Although humility is important to all clinical work, it is particularly critical when one works with narcis-

sistic patients that therapists embody a nonjudgmental, realistic attitude toward their own frailties.

One of Kohut's greatest contributions to practice (Kohut, 1984) was his attention to the consequences of the therapist's acknowledgment of errors, especially of lapses in empathy. According to the ego psychologists who preceded him (e.g., Greenson, 1967), a therapist's mistake need not impel any activity other than private reflection; the patient is simply encouraged, as always, to associate to what happened and to report any reactions. Even Carl Rogers (1951), who had advocated a style almost identical to Kohut's later recommendations (Stolorow, 1976), seems not to have assumed, as Kohut did, that well-meaning therapists would inevitably inflict narcissistic injuries on clients. Thus, client-centered therapy did not address whether to acknowledge such errors—though I read Rogers's principle of authenticity as implying that they should. Self psychologists have called our attention to how devastated a narcissistic person can be by a professional's failure of empathy, and how the only way to repair such an injury is by expressing regret. An apology both confirms the client's perception of mistreatment (thereby validating his or her real feelings rather than furthering the insincere compliance with which narcissistic people are used to operating) and sets an example of maintaining self-esteem while admitting to shortcomings.

It is important not to become excessively self-critical when acknowledging one's inevitable errors. If the patient perceives that the therapist is in an agony of remorse, the message that may be received is that mistakes should be rare and require stern self-censure—a delusion from which the narcissistic person is already suffering. It is better to take one's cue from Winnicott, who is reputed to have fielded a query about his rules for interpretation with the comment: "I make interpretations for two purposes. One, to show the patient that I am awake. Two, to show the patient that I can be wrong." Similarly, Arthur Robbins (personal communication, April 1991), a psychoanalyst with expertise in art therapy and other expressive modes of treatment, describes his theory of technique as "Fuck-up therapy: I fuck up, and the patient corrects me." Contemporary relational writing (e.g., Kieffer, 2007), drawing on research with infants (Beebe & Lachmann, 1994), emphasizes the centrality to all therapy of what Kohut (1984) deemed the inevitable "rupture and repair" process; I think this process is especially central to the treatment of people with characterological narcissism.

Attempts to help a narcissistic patient also require a constant mindfulness of the person's latent self-state, however overwhelming the manifest one is. Because even the most arrogant, entitled narcissist is subject to excruciating shame in the face of what feels like criticism, therapists must take pains to frame interventions sensitively. True mutuality with

narcissistic clients is tenuous because they cannot tolerate circumstances in which their fragile self-esteem is diminished. Their early reputation for being impossible to treat derived partly from analysts' experience with their abruptly terminating therapies of even several years' duration when their feelings were hurt.

I have mentioned the power of shame in the experience of the narcissistic person, and the value of the therapist's discriminating between shame and guilt. People with fragile self-esteem may go to great lengths to avoid acknowledging their role in anything negative. Unlike people who easily feel guilty and who handle their transgressions with efforts at reparation, narcissistically motivated people run from their mistakes and hide from those who would find them out. They may induce in therapists either a disposition to confront them unempathically about their own contributions to their difficulties or a tendency to join them in bemoaning the bad deal they have gotten from others. Neither position is therapeutic, although the second is temporarily palliative to a person who otherwise may suffer chagrin bordering on mortification.

Because of their devastation when their imperfections are visible, narcissistic individuals tend to use obfuscating language that implicitly disowns personal responsibility ("Mistakes were made"). The therapist faces the daunting task of expanding the narcissistic patient's awareness of, and honesty about, the nature of his or her behavior without stimulating so much shame that the person either leaves treatment or keeps secrets. One way to do this in the context of a client's complaints and criticisms about others is to ask, "Did you make your needs explicit?" The rationale for this query is that narcissistic people have deep shame about asking for anything; they believe that to admit a need exposes a deficiency in the self. They consequently get into situations where they are miserable because another person does not effortlessly divine their needs and offer what they want without their suffering what they see as the humiliation of asking. They often try to persuade the analyst that their problem is that the people they live with are insensitive. A question about articulating needs may gently expose a narcissistic patient's belief that it is shameful to need someone and may create opportunities to learn something different about human interdependency.

I noted earlier the difference between selfobject and object transferences. An implication of this difference is that therapists treating narcissistic clients cannot fruitfully investigate their transference reactions as they would those of other people. Questions about who we are to the patient tend to fall flat; interpretations along the lines of "Maybe you're experiencing me as like your mother right now" may be received as pointless distractions. Therapists need to know that despite the countertransference feeling that one means nothing to the patient, a narcis-

sistic person often actually needs the therapist more than do people without significant self-esteem deficits. It can be stunning to therapists inexperienced with narcissistic patients to learn that the same person who renders them insignificant and impotent during therapy sessions is quoting them admiringly outside the consulting room. Even the arrogant, boastful, seemingly impervious patient betrays a deep dependency on the therapist by his or her vulnerability to feeling crushed when the therapist is insensitive. In working with narcissistic people, practitioners have to become accustomed to absorbing a great deal that they would address with other types of patients.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Injuries to self-esteem may lead anyone to behave temporarily like a narcissistic character. Moreover, all types of personality structure have a narcissistic function: They preserve self-esteem via certain defenses. But to qualify as characterologically narcissistic, one must have longstanding, automatic, and situation-independent patterns of subjectivity and behavior. Narcissistic personality organization seems currently overdiagnosed, perhaps especially by psychodynamic clinicians. The concept is often misapplied to people having situation-specific reactions and to psychopathic, depressive, obsessive compulsive, and hysterical personalities.

Narcissistic Personality versus Narcissistic Reactions

I have already suggested one caveat in diagnosing characterological narcissism: Even more than with other psychological conditions to which all human beings are vulnerable, narcissistic concerns are ubiquitous and can easily be situationally incited. Kohut and Wolf (1978) referred to individuals who (like the Chinese graduate student mentioned in the Introduction to this part) confront circumstances that challenge their prior sense of identity and undermine their self-esteem as suffering from a "secondary narcissistic disturbance," not a narcissistic character disorder. It is an important distinction. Any non-narcissistic person can sound arrogant or devaluing, or empty and idealizing, under conditions that strain his or her identity and confidence.

Medical school and psychotherapy training programs are famous for taking successful, autonomous adults and making them feel like incompetent children. Compensatory behaviors like bragging, opinionated proclamations, hypercritical commentary, or idealization of a mentor are common under such circumstances. Phenomena like these are

sometimes referred to in the psychoanalytic literature as comprising a "narcissistic defense" (e.g., Kernberg, 1984). That one is suffering with narcissistic issues does not make one a narcissistic personality. Where situational factors dominate a narcissistic presentation, the interviewer should rely on historical data and the feel of the transference to infer the personality structure underneath the narcissistic injury.

Narcissistic versus Psychopathic Personality

In the last section of the previous chapter, I mentioned the importance of discriminating between a predominantly psychopathic personality structure and one that is essentially narcissistic. Kohutian efforts at empathic relatedness, at least as they are conventionally put into practice, would be ineffective with psychopathic people because they do not emotionally understand compassionate attitudes; they scorn a sympathetic demeanor as the mark of weakness. The approach advocated by Kernberg (e.g., 1984) centering on the confrontation of the grandiose self, would be more respectfully assimilated by a psychopathically organized person, and is consistent with the recommendations of therapists such as Greenwald (1974), Bursten (e.g., 1973a, 1973b), Groth (e.g., 1979), and Meloy (e.g., 2001), who have specialized in working with psychopathic clients.

Narcissistic versus Depressive Personality

The more depressed kind of narcissistic person can easily be misunderstood as having a depressive personality. The essential difference between the two groups is, to condense a great deal of clinical theory and observation into a simple image, that narcissistically depressed people are subjectively empty, whereas depressive people with introjective psychologies (Blatt, 2004) (those who used to be described as suffering depression of the more "melancholic" or guilty type) are subjectively full—of critical and angry internalizations. The narcissistic depressive feels devoid of a substantial self; the melancholic depressive feels the self is real but irreducibly bad. I comment on these differences and their divergent therapeutic implications more in Chapter 11.

Narcissistic versus Obsessive–Compulsive Personality

It is easy to misconstrue a narcissistic person as obsessive and/or compulsive on the basis of the attention to detail that may be part of the narcissistic quest for perfection. In the early days of psychoanalytic practice, fundamentally narcissistic people were often considered obsessive or compulsive because their presenting symptoms fell into one or both

of those categories. They were then treated according to assumptions about the etiology of obsessive–compulsive character that emphasized struggles for control and guilt over anger and fantasied aggression.

Narcissistic patients, who were empty more than angry, did not make much progress in that kind of therapy; they would feel misunderstood and criticized when the therapist seemed to harp on issues that were not central to their subjectivity. Although many people have both narcissistic and more classically obsessive concerns, those whose personalities were predominantly narcissistic tended to get little help from analytic therapy before the 1970s, when theories of the etiology and treatment of pathological narcissism radically extended our capacity to help people with disorders of the self. I know of a number of people treated analytically before that time who still bear grudges against their therapist and against psychoanalysis in general. In popular accounts of psychotherapy experiences one can find what seem to be examples of the effects of this misdiagnosis. I give more details on this distinction and the implications of this diagnostic error in Chapter 13.

Narcissistic versus Hysterical Personality

While the narcissistic versus obsessive–compulsive personality differential is called for somewhat more frequently with men than with women, the need to distinguish between narcissism and hysteria comes up much more commonly with female patients. Because hysterically organized people use narcissistic defenses, they are readily misinterpreted as narcissistic characters. Heterosexual women whose hysterical presentation includes considerable exhibitionistic behavior and a pattern of relating to men in which idealization is quickly followed by devaluation may appear to be basically narcissistic, but their concerns about self are gender specific and fueled by anxiety more than shame. Outside certain highly conflicted areas, they are warm, loving, and far from empty (see Kernberg, 1984).

The import of this differential lies in the contrasting therapeutic requirements for the two groups: Hysterical patients thrive with an attention to object transferences, whereas narcissistic ones require an appreciation of selfobject phenomena. In Chapter 14 I go into more detail on this topic.

SUMMARY

This chapter has described the depleted subjective world of the person with a narcissistically organized character and the compensatory

behaviors with which such a person tries to maintain a reliable and valued sense of self. I have emphasized the affects of shame and envy, the defenses of idealization and devaluation, and relational patterns of using and being used to equilibrate one's self-esteem and to repair damage to it. I discussed the narcissistic person's propensity for selfobject transferences and noted countertransference reactions in which a sense of unrelatedness prevails. I mentioned some implications for technique that derive from an appreciation of these special aspects of the narcissistic condition, although I acknowledged current controversies in the psychoanalytic understanding of narcissism that make effective approaches with this population a matter of some dispute. Finally, I distinguished narcissistic character organization from narcissistic reactions, from psychopathy, from introjective depressive personality, from obsessive and compulsive character structure, and from hysterical psychology.

SUGGESTIONS FOR FURTHER READING

There has been a voluminous psychoanalytic literature on narcissism since the 1970s, when Kohut published *The Analysis of the Self* (1971) and Kernberg offered an alternative conception in *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (1975). Both these books contain so much jargon that they are almost impossible for someone new to psychoanalysis to read. More manageable alternatives include Alice Miller's *Prisoners of Childhood* (1975) (known in another edition as *The Drama of the Gifted Child*), Bach's *Narcissistic States and the Therapeutic Process* (1985), and Morrison's *Shame: The Underside of Narcissism* (1989). Morrison also edited a collection, available in paperback, titled *Essential Papers on Narcissism* (1986), which contains major psychoanalytic essays on the topic, most of which are excellent. For a scholarly analysis of the cultural trends behind the "empty self" that is central to narcissistic personality, see Philip Cushman's *Constructing the Self, Constructing America* (1995).

Newer works on narcissism tend to be based on the description in DSM-IV, and thus strike me as more superficial, trait based, and one-dimensional than these analytic writings. But the oversimplification and popularization of a concept can have its advantages: There are now many helpful popular books for individuals coping with narcissistic parents, lovers, colleagues, employers, and other difficult people.

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

Texte d'introduction du chapitre 5 395

SECTION 10 :
LA PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

Texte 27 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Obsessive-compulsive dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 577-591

Texte 28 Obsessive and Compulsive Personalities 401

SECTION 11 :
LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

Texte 29 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Dependant dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 597-604

SECTION 12 :
LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Texte 30 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality disorders. Avoidant dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 592-597

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

Présentation

Le chapitre 5 présente les troubles de personnalité du groupe (cluster) C, selon la dimension de comportements associés à la peur et l'anxiété. Ils sont au nombre de trois : obsessionnel-compulsif, évitant et dépendant.

Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive se caractérise par un modèle de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnelle aux dépens de la flexibilité, de l'ouverture et de l'efficacité. Il débute précocement à l'âge adulte et il se retrouve dans 4 ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  1) Préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue;
  2) perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (par exemple, incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies);
  4) est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
- **affectivité :**
  8) se montre rigide et têtu.
- **comportement interpersonnel :**
  6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ;
  3) dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
- **contrôle de l'impulsivité :**
  5) incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale;
  7) se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures.

Le trouble de personnalité évitante se caractérise par un modèle généralisé d'inhibition sociale, de sentiments d'inadéquacité, et d'hypersensibilité aux évaluations négatives, débute tôt à l'âge adulte, survient dans un grand nombre de situations, et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  6) se perçoit comme socialement incompétent, sans attrait ou inférieur aux autres;
  4) craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.
- **fonctionnement interpersonnel :**
  7) est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras;
  2) réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé;
  5) est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
- **affectivité :**
  1) Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté;
  3) est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule.

Le trouble de personnalité dépendante se caractérise par un modèle généralisé caractérisé par le besoin d'être pris en charge, besoin qui conduit à un comportement de soumission, de s'accrocher à un autre et à la peur de la séparation, débute tôt à l'âge adulte, est présent dans une variété de situations, et se retrouve dans cinq ou plus des critères suivants :

- **cognition :**
  1) Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui;
  8) est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.
- **affectivité :**
  1) se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
- **comportement interpersonnel :**
  2) a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie;
  2) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin;
  5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables;

3) a du mal a exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation; N.B.: Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions.

- **contrôle de l'impulsivité :**

4) a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).

Dans la section 10, nous présentons des textes sur le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive Ces textes abordent les aspects psychodynamiques de ce trouble. Nous faisons de même dans la section 11 pour le trouble de personnalité évitante, et dans la section 12 avec le trouble de personnalité dépendante.

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

SECTION 10 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

Lectures obligatoires

Texte 27 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C Personality Disorders. Obsessive-compulsive dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 577-591

Texte 28 Drive, Obsessive and Compulsive Personalities

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 286-290

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., *DSM-III- R*, APA, Washington, 3-6; 80-81

Audio

Une entrevue avec un patient dans la soixantaine.

Texte 28

Drive, Obsessive and Compulsive Personalities

McWilliams, N., 2011, Drive, Obsessive and Compulsive Personalities dans Psychoanalytical *Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, The Guilford Press, 289-310.

13

Obsessive and Compulsive Personalities

People with personalities organized around thinking and doing abound in Western societies. The idealization of reason and the faith in progress through human action that were hallmarks of Enlightenment thinking still permeate our collective psychology. Western civilizations, in conspicuous contrast to some Asian and Third World societies, esteem scientific rationality and "can-do" pragmatism above most other attributes. Many individuals thus place the highest value on their logical faculties and their abilities to solve practical problems. Pursuing pleasure and attaining pride by thinking and doing are so normative in our society that we scarcely think about the complex implications of their being such esteemed and privileged activities.

Where both thinking and doing propel someone psychologically, in marked disproportion to feeling, sensing, intuiting, listening, playing, daydreaming, enjoying the creative arts, and other modes that are less rationally driven or instrumental, we may infer an obsessive–compulsive personality structure. Many highly productive and admirable people are in this category. An attorney who loves to construct and deliver legal arguments operates psychologically by reason and action; an environmental activist who derives self-esteem from political involvement may be similarly impelled. Among people so rigidly organized that they meet the DSM criteria for obsessive–compulsive personality disorder, many combine roughly equal amounts of thinking and doing, often in an obviously defensive way. The "workaholic" and the "Type A personality" are popularly acknowledged variations on the obsessive–compulsive theme.

There are also people who are strongly invested in thinking yet who are relatively indifferent to doing, and vice versa. Professors of philosophy sometimes have obsessional but not compulsive character structure; they get pleasure and self-esteem from mentation, and feel no press to implement their ideas. People drawn to carpentry or accounting frequently have compulsive but not obsessive styles; their gratifications come from accomplishing specific and detailed tasks, often with little cognitive elaboration. Some people with no tendencies toward compulsive rituals come to therapists to get rid of intrusive thoughts, and some come with the converse complaint. Because we are so accustomed, after a century of Freudian thinking about the connections between obsessive and compulsive symptoms, to putting the two phenomena together, it is easy to miss the fact that they are conceptually and sometimes clinically separate.

I have followed convention in putting obsessive and compulsive personalities in the same chapter. Obsessive and compulsive trends often coexist in a person, and analytic explorations of their respective origins have revealed similar dynamics. Note, however, that this is a somewhat artificial coupling with respect to character. As *symptoms*, obsessions (persistent, unwanted thoughts) and compulsions (persistent, unwanted actions) can occur in anyone, not just in those who are characterologically obsessive and compulsive. And not all obsessive and compulsive individuals suffer recurrent intrusive thoughts or engage in irresistible actions. We refer to them as obsessive–compulsive because their coping style involves the same defenses that are implicated in obsessive and compulsive symptoms (Nagera, 1976). Complex biological processes are also implicated in obsessive–compulsive disorders, but like many other analysts (e.g., Chessick, 2001; Gabbard, 2001; Zuelzer & Mass, 1994) I feel we have become too reductive in neglecting the psychological side of such conditions simply because we now know more about their biology.

In obsessive–compulsive disorders (in older language, neuroses), the repetitive thoughts and irresistible actions are ego alien; they disturb the person who has them. In obsessive–compulsive character structure, they are ego syntonic (D. Shapiro, 2001). Obsessive–compulsive personality has been recognized for a long time as a common or "classic" neurotic-level organization. Salzman (1980) summarizes early observations about obsessive–compulsive psychology as follows:

> Obsessive character structures were described by Freud as orderly, stubborn, and parsimonious; others have described them as being obstinate, orderly, perfectionistic, punctual, meticulous, parsimonious, frugal, and inclined to intellectualism and hair-splitting discussion. Pierre Janet

> described such people as being rigid, inflexible, lacking in adaptability, overly conscientious, loving order and discipline, and persistent even in the face of undue obstacles. They are generally dependable and reliable and have high standards and ethical values. They are practical, precise, and scrupulous in their moral requirements. Under conditions of stress or extreme demands, these personality characteristics may congeal into symptomatic behavior that will then be ritualized. (p. 10)

He might have added that Wilhelm Reich (1933) depicted them as "living machines," on the basis of their rigid intellectuality (D. Shapiro, 1965). Woodrow Wilson or Hannah Arendt or Martin Buber could be considered representative of a high-functioning person in this diagnostic group, whereas Mark Chapman, whose obsession with John Lennon led to a compulsion to assassinate him, might be seen as at the psychotic end of the obsessive–compulsive continuum.

As was true for masochism as an overall concept, most behavior that we tend to see as pathological is by definition compulsive: The doer seems driven to act again and again in ways that prove futile or harmful. The schizoid person is compelled to avoid people, the paranoid to distrust, the psychopath to use, and so on. Only when *undoing* is prominent is an action compulsive in the narrower sense of an obsessive–compulsive dynamism or a compulsive personality organization.

DRIVE, AFFECT, AND TEMPERAMENT IN OBSESSION AND COMPULSION

Freud (1908) believed that people who develop obsessive–compulsive disorders were rectally hypersensitive in infancy, physiologically and constitutionally. Contemporary analysts question such an assumption, although they may agree with Freud (e.g., Rice, 2004) that there seems to be a genetic contributant to obsessionality. Still, most would probably say that "anal" issues color the unconscious worlds of people who obsess and act on compulsions. Freud's (1909, 1913, 1917b, 1918) emphasis on fixation at the anal phase of development (roughly 18 months to 3 years), particularly on aggressive urges as they become organized during that period, was novel, seminal, and far less outlandish than debunkers of psychoanalysis would have it.

First, Freud (1908, 1909, 1913) noted that many of the features that typically hang together in people with obsessive–compulsive personalities—cleanliness, stubbornness, concerns with punctuality, tendencies toward withholding—are the salient issues in a toilet-training scenario. Second,

he found anal imagery in the language, dreams, memories, and fantasies of obsessive–compulsive patients. I have found this, too: The earliest memory of one obsessive man I treated was of sitting on the toilet refusing to "produce." When I invited him to free associate, he described himself as "tightening up" and "keeping everything inside."

Third, Freud observed that the people he treated for obsessions and compulsions had been pushed toward bowel control prematurely or harshly or in the context of parental overinvolvement (Fenichel, 1945). (Since the rectal sphincter does not mature until around 18 months, authoritative advice to Western middle-class parents in the early 20th century to start toilet training in children's first year was most unfortunate. It promoted coercion in the name of parental diligence and transformed a benign process of mastery into a dominance–submission contest. If one considers the popularity in that era of subjecting young children to enemas, an intrinsically traumatic procedure usually rationalized in the name of "hygiene," one cannot fail to be impressed with the sadistic implications of the culturally sanctioned rush toward premature anal control.)

Connections between anality and obsessionality have been supported by empirical research (e.g., Fisher, 1970; Fisher & Greenberg, 1996; Noblin, Timmons, & Kael, 1966; Rosenwald, 1972; Tribich & Messer, 1974) as well as by clinical reports of obsessive–compulsive preoccupations with the anal issues of dirt, time, and money (MacKinnon, Michels, & Buckley, 2006). Classical formulations about obsessive and compulsive dynamics that center on early body experience are still alive and well (e.g., Benveniste, 2005; Cela, 1995; Shengold, 1988).

Freud reasoned that toilet training usually constitutes the first situation in which the child must renounce what is natural for what is socially acceptable. The responsible adult and the child who is being trained too early or too strictly or in an atmosphere of lurid parental overconcern enter a power struggle that the child is doomed to lose. The experience of being controlled, judged, and required to perform on schedule creates angry feelings and aggressive fantasies, often about defecation, that the child eventually feels as a bad, sadistic, dirty, shameful part of the self. The need to feel in control, punctual, clean, and reasonable, rather than out of control, erratic, messy, and caught up in emotions like anger and shame, becomes important to the maintenance of identity and self-esteem. The kind of harsh, all-or-nothing superego created by these kinds of experiences manifests itself in a rigid ethical sensibility that Ferenczi (1925) wryly called "sphincter morality."

The basic affective conflict in obsessive and compulsive people is rage (at being controlled) versus fear (of being condemned or punished).

But what especially strikes those of us who work with them is that affect is unformulated, muted, suppressed, unavailable, or rationalized and moralized (MacKinnon et al., 2006). Many contemporary writers construe the obsessive allergy to affect as a type of dissociation (e.g., Harris & Gold, 2001).

Obsessive and compulsive people use words to conceal feelings, not to express them. Most therapists can recall instances of asking such a client how he or she *felt* about something and getting back what he or she *thought*. An exception to the rule of concealed affect in this diagnostic group concerns rage: If it is seen as reasonable and justified, anger is acceptable to the obsessional person. Righteous indignation is thus tolerable, even admired; being annoyed because one did not get what one wanted is not. Therapists frequently feel the presence of normal reactive anger in an obsessive person, but the patient typically denies it—despite sometimes being able to acknowledge intellectually that some behavior (forgetting the check for the third time, or interrupting the therapist in midsentence, or pouting) could denote a passive–aggressive or hostile attitude.

Shame is the other exception to the general picture of affectlessness in obsessive–compulsive people. They have high expectations for themselves, project them onto the therapist, and then feel embarrassed to be seen falling short of their own standards for proper thoughts and deeds. Shame is generally conscious, at least in the form of mild feelings of chagrin, and if gently treated, can usually be named and investigated by the therapist without the protest and denial that may be evoked by efforts to explore other feelings.

DEFENSIVE AND ADAPTIVE PROCESSES IN OBSESSION AND COMPULSION

As the preceding paragraphs imply, the organizing defense of predominantly obsessive people is isolation of affect (Fenichel, 1928). In compulsive people, the main defensive process is undoing. Those who are obsessive and compulsive employ both isolation and undoing. Higher-functioning obsessional people do not usually use isolation in its most extreme forms; they instead prefer more mature versions of the separation of affect from cognition: rationalization, moralization, compartmentalization, and intellectualization. Finally, people in this clinical group rely heavily on reaction formation. Obsessional people at all developmental levels may also use displacement, especially of anger, in circumstances in which by diverting it from its original source to a "legitimate" target, they can own such a feeling without shame.

Cognitive Defenses against Drives, Affects, and Wishes

Obsessive–compulsive individuals idealize cognition and mentation. They tend to consign most feelings to a devalued realm associated with childishness, weakness, loss of control, disorganization, and dirt. (And sometimes femininity; men with obsessive and compulsive personalities may fear that expressing tender emotions regresses them to an early, disowned, premasculine identification with Mother.) They are thus at a great disadvantage in situations where emotions, physical sensations, and fantasy have a powerful and legitimate role. The widow who ruminates ceaselessly about the details of her husband's funeral, keeping a stiff upper lip and converting all mourning into frenetic busyness, not only fails to process her grief effectively but also deprives others of the consolations of offering comfort. Obsessional people in executive positions deny themselves adequate release and recreation, and hurt their employees by making drivenness the company rule.

People with obsessive characters are often effective in formal, public roles yet out of their depth in intimate, domestic ones. Although they are capable of loving attachments, they may not be able to express their tenderer selves without anxiety and shame; consequently, they may turn emotionally toned interactions into oppressively cognitive ones. In therapy and elsewhere, they may lapse into second-person locutions when describing emotions ("How did you feel when the earthquake hit?" "Well, you feel kind of powerless"). Not every human activity should be approached from the standpoint of rational analysis and problem solving. One man with whom I did an intake interview responded to my question about the quality of his sexual relationship with his wife with the somber assertion, "I get the job done."

Obsessional people in the borderline and psychotic ranges may use isolation so relentlessly that they look schizoid. The prevalent misconception of the schizoid person as unfeeling may be based on observations of regressed obsessional people who have become wooden and robotic, so deep is the gulf between their cognition and emotion. Because the distance between an extreme obsession and a delusion is slight, more disturbed obsessional people border on paranoia. I have been told that in the era before antipsychotic medication, a common way to differentiate between an extremely rigid, nonpsychotic obsessive–compulsive person and a barely defended paranoid schizophrenic was to put the patient into a protected room and emphasize that now he or she was safe. Thus invited to suspend obsessional defenses, a schizophrenic person would begin to talk about paranoid delusions, whereas an obsessive–compulsive one would set about cleaning the room.

Behavioral Defenses against Drives, Affects, and Wishes

Undoing is the defining defense mechanism for the kind of compulsivity that characterizes obsessive and compulsive symptoms and personality structure. Compulsive people undo by actions that have the unconscious meaning of atonement and/or magical protection. Compulsivity differs from impulsivity in that a particular action is repeated over and over in a stylized and sometimes escalating way. Compulsive actions also differ from "acting out," strictly speaking, in that they are not so centrally driven by the need to master unprocessed past experiences by recreating them.

Compulsive activity is familiar to all of us. Finishing the food on our plate when we are no longer hungry, cleaning the house when we should be studying for an exam, criticizing someone who offends us even though we know it will have no effect other than making an enemy, throwing "just one more" quarter into the slot machine. Whatever one's compulsive patterns, the disparity between what one feels impelled to do and what is reasonable to do can be glaring. Compulsive activities may be harmful or beneficial; what makes them compulsive is not their destructiveness but their drivenness. Florence Nightingale was probably compulsively helpful; Jon Stewart may be compulsively funny. People rarely come to treatment for their compulsivity if it works on their behalf, but they do come with related problems. Knowing that these clients are organized compulsively can aid us in helping them with whatever they are looking to do in therapy.

Compulsive actions often have the unconscious meaning of undoing a crime. Lady Macbeth's handwashing is a famous literary example of this dynamic, though in her case the crime had actually been committed. In most instances, the compulsive person's crimes exist mainly in fantasy. One of my patients, a married oncologist who knew very well that AIDS is not easily transmitted by mouth-to-mouth contact, felt helplessly compelled to get tested repeatedly for HIV antibodies after she had kissed a man with whom she was tempted to have an affair. Even some compulsions that are manifestly free of a sense of guilt can be found to have originated in guilt-inducing interactions; for example, most people who compulsively clean their plates were made to feel guilty as children about rejecting food when, somewhere in the world, people are starving.

Compulsive behavior also betrays unconscious fantasies of omnipotent control. This dynamic is related to preoccupations with one's presumed crimes in that a determination to control, like the need to undo, derives from beliefs that originated before thoughts and deeds were differentiated. If I think my fantasies and urges are dangerous, that they are equivalent to powerful actions, I will try to restrain them with a compa-

rably powerful counterforce. In prerational cognition (primary process thought), the self is the center of the world, and what happens to oneself is the result of one's own activity, not the chance twists of fate. The baseball player who performs a ritual before each game, the priest who gets anxious if he left something out of a prayer, the pregnant woman who keeps packing and repacking her suitcase for the hospital—all think at some level that they can control the uncontrollable if only they do the right thing.

Reaction Formation

Freud believed that the conscientiousness, fastidiousness, frugality, and diligence of obsessive–compulsive people were reaction formations against wishes to be irresponsible, messy, profligate, and rebellious, and that one could discern in the overresponsible style of such individuals a hint of the inclinations against which they struggled. The incessant rationality of the obsessional person, for example, can be seen as a reaction formation against a superstitious, magical kind of thinking that obsessional defenses do not fully succeed in obscuring. The man who stubbornly insists on driving even though he is exhausted betrays the conviction that averting an accident depends on his being in charge of the car, not on a combination of an alert driver and some good fortune. In insisting on so much control, he is out of control in every significant way.

In Chapter 6 I talked about reaction formation as a defense against tolerating ambivalence. In working with obsessive and compulsive people, one is struck by their fixation on both sides of conflicts between cooperation and rebellion, initiative and sloth, cleanliness and slovenliness, order and disorder, thrift and improvidence, and so forth. Every compulsively organized person seems to have at least one messy drawer. Paragons of virtue may have a paradoxical island of corruption: Paul Tillich, the eminent theologian, had an extensive pornography collection; Martin Luther King Jr. was a womanizer. People who are strongly preoccupied with being upright and responsible may be struggling against more powerful temptations toward self-indulgence than most of us face; if this is so, it should not surprise us when they are only partially able to counteract their darker impulses.

RELATIONAL PATTERNS IN OBSESSIVE AND COMPULSIVE PSYCHOLOGIES

One route by which individuals emerge with obsessive and compulsive psychologies involves parental figures who set high standards of behav-

ior and expect early conformity to them. Such caregivers tend to be strict and consistent in rewarding good behavior and punishing malfeasance. When they are basically loving, they produce emotionally advantaged children whose defenses lead them in directions that vindicate their parents' scrupulous devotion. The traditional American child-rearing style documented in McClelland's (1961) classic studies of achievement motivation tends to produce obsessive and compulsive people who expect a lot of themselves and have a good track record for realizing their goals.

When caregivers are unreasonably exacting, or prematurely demanding, or condemnatory not only of unacceptable behavior but also of accompanying feelings, thoughts, and fantasies, their children's obsessive and compulsive adaptations can be more problematic. One man I worked with had been raised in a stern midwestern Protestant family of deep religious conviction but shallow emotional capacity. His parents hoped he would become a minister and began working on him early to forgo temptation and banish all thoughts of sin. This message gave him no trouble—in fact, he found it easy to imagine assuming the morally elevated role into which they were so eager to cast him—until he reached puberty and found that sexual temptation is not nearly so abstract a danger as it had previously seemed. From then on, he overdosed with self-criticism, conducted incessant rationalistic ruminations about sexual morality, and launched heroic efforts to counteract erotic feelings that another boy would have simply learned to enjoy and master.

From an object relations perspective, what is notable about obsessive and compulsive people is the centrality of issues of *control* in their families of origin. Whereas Freud (1908) depicted the anal phase as engendering a prototypical battle of wills, people with an object relations perspective emphasize that the parent who was unduly controlling about toilet training was probably equally controlling about oral- and oedipal-phase issues (and subsequent ones, for that matter). The mother who laid down the law in the bathroom is likely to have fed her child on a schedule, demanded that naps be taken at particular times, inhibited spontaneous motor activity, prohibited masturbation, insisted on conventional sex-role behavior, punished loose talk, and so on. The father who was forbidding enough to provoke regressions from oedipal to anal concerns was probably also reserved toward his infant, stern with his toddler, and authoritarian with his school-age child.

Meares (2001), citing research about the frequency of contamination fears in obsessional people in disparate cultures (e.g., India, Japan, Egypt), relates them to separation anxiety that is created by parental overinvolvement and overprotection. Rooting his observations in theo-

retical and empirical literature about cognitive development, he argues that overprotective parents get in the way of a young child's taking the small risks that are necessary to develop a sense of the boundary of self, and accounts for the omnipotent, magical thinking found in obsessive and compulsive people in terms of the lack of this boundary.

There is a version of obsessive and compulsive personality that is more introjective, or self-definition oriented, and one that is more anaclitic, or self-in-relation oriented (Blatt, 2008). The Freudian obsessive–compulsive (Freud, 1913) was definitely the former. When I refer to "traditional" or "old-fashioned" obsessive and compulsive dynamics, I am referring to a guilt-dominated psychology, which was common in Freud's era and culture. It can be found in many contemporary cultures and subcultures but now seems rarer in mainstream North American communities. In those, about which I say more shortly, we tend to see obsessive behaviors that are more shame based, more focused on looking perfect to others rather than responding to one's morally perfectionistic internal gyroscope. In the first edition of this book, I followed Kernberg's (1984) formulation that the second type is a subset of narcissistic personalities, but another way of construing less guilt-prone obsessive–compulsive people is as having an anaclitic version of obsessional psychology.

In old-fashioned obsessive–compulsive-breeding families, control may be expressed in moralized, guilt-inducing terms, as in "I'm disappointed that you were not responsible enough to have fed your dog on time," or "I expect more cooperative behavior from a big girl like you," or "How would you like it if somebody treated *you* that way?" Moralization is actively modeled. Parents explain their own actions on the basis of what is right ("I don't enjoy punishing you, but it's for your own good"). Productive behavior is associated with virtue, as in the "salvation through work" theology of Calvinism. Self-control and deferral of gratification are idealized.

There are still many families that operate this way, but in Western industrialized cultures, pop-Freudian ideas about the inhibiting effects of too moralistic an upbringing, in combination with 20th-century dangers and cataclysms that suggest the wisdom of "getting it while you can" rather than postponing gratification, have changed child-rearing practices. We see fewer obsessive and compulsive people of the morally preoccupied type common in Freud's day. Many contemporary families that emphasize control foster obsessive and compulsive patterns through shaming rather than guilt induction. Messages like "What will people think of you if you're overweight?" or "The other kids won't want to play with you if you behave like that," or "You'll never get into an Ivy League college if you don't do better" have, according to many clinicians

and societal observers, become more common messages in the West than communications stressing the primacy of individual conscience and the moral implications of one's behavior.

It is important to appreciate this change if one is working with more contemporary obsessive and compulsive psychopathologies such as eating disorders (not that anorexia and bulimia nervosa were unknown at the turn of the century, but they were almost certainly less prevalent). Freudian accounts of compulsion are insufficient in accounting for anorectic and bulimic compulsivity; post-Freudian writers drawing on object relations theory and on research on attachment, addiction, and dissociation have provided more clinically useful formulations (e.g., Bromberg, 2001; Pearlman, 2005; Sands, 2003; Tibon & Rothschild, 2009; Yarock, 1993).

Another kind of family background has been associated with obsessive and compulsive personality and, as is typical in psychoanalytic observation, it is the polar opposite of the overcontrolling, moralistic ambiance. Some people feel so bereft of clear family standards, so unsupervised and casually ignored by the adults around them, that in order to push themselves to grow up they hold themselves to idealized criteria of behavior and feeling that they derive from the larger culture. These standards, since they are abstract and not modeled by people known personally to the child, tend to be harsh and unbuffered by a humane sense of proportion. One of my patients, for example, whose father was a melancholy alcoholic and whose mother was overburdened and distracted, grew up in a house where nothing ever got done. The roof leaked, the weeds proliferated, the dishes sat in the sink. He was deeply ashamed of his parents' ineptitude and developed an intense determination to be the opposite: organized, competent, in control. He became a successful tax advisor, but a driven workaholic who lived in fear that he would betray himself as a fraud who was somehow in essence as ineffectual as his father and mother.

Early psychoanalysts noted with great interest the phenomenon of obsessive–compulsive character in underparented children; it challenged Freud's (1913) model of superego formation, which postulates the presence of a strong and authoritative parent with whom the child identifies. Many analysts were finding that their patients with the harshest superegos had been the most laxly parented (cf. Beres, 1958). They concluded that having to model oneself after a parental image that one invents oneself, especially if one has an intense, aggressive temperament that is projected into that image, can create obsessive–compulsive dynamics. Later, Kohut (1971, 1977, 1984) and other self psychologists made similar observations from the standpoint of their emphasis on idealization.

THE OBSESSIVE-COMPULSIVE SELF

Introjectively oriented obsessive and compulsive people are deeply concerned with issues of control and moral rectitude. They tend to define the latter in terms of the former; that is, they equate righteous behavior with keeping aggressive, lustful, and needy parts of the self under strict rein. They are apt to be seriously religious, hard-working, self-critical, and dependable. Their self-esteem comes from meeting the demands of internalized parental figures who hold them to a high standard of behavior and sometimes thought. They worry a lot, especially in situations in which they have to make a choice, and they can be easily paralyzed when the act of choosing has portentous implications. Anaclitically oriented obsessive individuals worry a lot, too, though the focus of their concern is more external: The "perfect" decision is one that no witness can criticize.

This paralysis is one of the most unfortunate effects of the reluctance of obsessional people to make a choice. Early analysts christened this phenomenon the "doubting mania." In the effort to keep all their options open, so that they can maintain (fantasied) control over all possible outcomes, they end up having no options. An obsessive–compulsive woman I know, on becoming pregnant, lined up two different obstetricians who worked at two different medical centers with opposing philosophies about childbirth. All through her pregnancy she ruminated about which person and which facility was preferable. When she went into labor, not having resolved this question, it took her so long to decide whether her condition warranted going to the hospital, and which hospital it should be, that she was suddenly in the later stages of giving birth and had to go to the nearest clinic and be delivered by the resident on duty. All her painstaking obsessing was rendered futile when reality finally enforced its own resolution of her ambivalence.

Her experience exemplifies the tendency of obsessively structured people to postpone decision making until they can see what the "perfect" (i.e., guilt and uncertainty free) decision would be. It is common for them to come to therapy trying to resolve ambivalence over two boyfriends, two competing graduate programs, two contrasting job opportunities, and the like. The client's fear of making the "wrong" decision and tendency to cast the process of deciding in purely rationalistic terms—lists of pros and cons are typical—often seduce the therapist into offering an opinion about which choice would be preferable, at which point the patient immediately responds with counterarguments. The "Yes, but" stance of the obsessive person may be seen as, at least in part, an effort to avoid the guilt that inevitably accompanies action. Obsessive people often postpone and procrastinate until external circumstances like the

rejection by a lover or the passing of a deadline determine their direction. In standard neurotic fashion, then, their overzealousness to preserve their autonomy or sense of agency serves eventually to disable it.

Where the obsessive person postpones and procrastinates, the compulsive one speeds ahead. People with compulsive psychologies have a similar problem with guilt or shame and autonomy, but they solve it in the opposite direction: They jump into action before considering alternatives. For them, certain situations have "demand characteristics" requiring certain behaviors. These are not always foolish (like knocking on wood every time one makes an optimistic prediction) or self-destructive (jumping into bed every time a situation becomes sexually tinged); some people are compulsively helpful (McWilliams, 1984). Some drivers will risk their own safety and wreck their cars before hitting an animal, so automatic is their compulsion to preserve life.

The compulsive person's rush to action has the same relationship to autonomy as the obsessive person's avoidance of action. Instrumental thinking and expressive feeling are both circumvented lest the person notice that he or she is actually making a choice. Choice involves responsibility for one's actions, and responsibility involves tolerance of normal levels of both guilt and shame. Non-neurotic guilt is a natural reaction to exerting power, and a vulnerability to shame comes with the territory of taking deliberate action that can be seen by others. Both obsessive and compulsive people may be so saturated with irrational guilt and/or shame that they cannot absorb any more of these feelings.

As I mentioned earlier, obsessive people support their self-esteem by thinking; compulsive ones by doing. When circumstances make it hard for obsessive or compulsive individuals to feel good about themselves on the basis of what they are figuring out or accomplishing, respectively, they become depressed. Losing a job is a disaster for almost anybody, but it is catastrophic for compulsive individuals because work is often the primary source of their self-esteem. I do not know if we have any research on this yet, but I assume that people with the guilt-ridden version of obsessive and compulsive dynamics are subject to more introjective depressions, with an actively bad (uncontrolled, destructive) self-concept gaining ascendancy, and that shame-prone obsessive and compulsive clients suffer more anaclitic depressive reactions (see Chapter 11).

Obsessive and compulsive people fear their own hostile feelings and suffer inordinate self-criticism over both actual and purely mental aggression. Depending on the content of their family's messages, they may be equally nervous about giving in to lust, greed, vanity, sloth, or envy. Rather than accepting such attitudes and basing their self-respect or self-condemnation solely on how they behave, they typically regard even feeling such impulses as reprehensible. Like moral masochists, with

whom they share tendencies toward overconscientiousness and indignation, introjective obsessive patients may nurture a kind of private vanity about the stringency of their demands on themselves. They value self-control over most other virtues and emphasize attributes like discipline, order, reliability, loyalty, integrity, and perseverance. Their difficulties in suspending control diminish their capacities in areas like sexuality, play, humor, and spontaneity in general.

Finally, obsessive–compulsive people are noted for avoidance of affect-laden wholes in favor of separately considered minutia (D. Shapiro, 1965). People with obsessional psychologies hear all the words and none of the music. In an effort to bypass the overall import of any decision or perception, the appreciation of which might arouse guilt, they become fixed on specific details or implications ("What if ... ?"). On the Rorschach test, obsessional subjects avoid whole percept responses and expound on the possible interpretations of small particulars of the inkblots. They cannot (unconsciously, will not) see the forest for the proverbial trees.

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE WITH OBSESSIVE AND COMPULSIVE PATIENTS

Obsessive and compulsive people tend to be "good patients" (except toward the lower end of the severity continuum, where the rigidity of their isolation of affect or the driving immediacy of their compulsions interfere with therapeutic collaboration). They are serious, conscientious, honest, motivated, and hard-working. Nonetheless, they have a reputation for being difficult. It is typical for obsessional clients to experience the therapist as a devoted but demanding and judgmental parent, and to be consciously compliant and unconsciously oppositional. Despite all their dutiful cooperation, they convey an undertone of irritability and criticism. When a therapist comments on possible negative feelings, they are usually denied. As Freud (1908) originally noted, obsessional patients tend to be subtly or overtly argumentative, controlling, critical, and resentful about parting with money. They wait impatiently for the therapist to speak and then interrupt before a sentence is completed. And at a conscious level, they seem utterly innocent of their negativity.

Thirty-five years ago I treated a man for severe obsessions and compulsions. Today I might send him for concurrent exposure therapy and possibly medication; at the time, those treatments had not been developed. He was an engineering student from India, lost and homesick in an alien environment. In India, deference to authority is a powerfully rein-

forced norm, and in engineering, compulsivity is adaptive and rewarded. But even by the standards of these comparatively obsessive and compulsive reference groups his ruminations and rituals were excessive, and he wanted me to tell him definitively how to stop them. When I reframed the task as understanding the feelings behind his preoccupations, he was visibly dismayed. I suggested that he might be disappointed that my way of formulating his problem did not permit a quick, authoritative solution. "Oh, no!" he insisted; he was sure I knew best, and he had only positive reactions to me.

The following week he came in asking how "scientific" the discipline of psychotherapy is. "Is it like physics or chemistry, an exact science?" he wanted to know. No, I replied, it is not so exact and has many aspects of an art. "I see," he pondered, frowning. I then asked if it troubled him that there is not more scientific accuracy in my field. "Oh, no!" he insisted, absentmindedly straightening up the papers on the end of my desk. Did the disorder in my office bother him? "Oh, no!" In fact, he added, it is probably evidence that I have a creative mind. He spent our third session educating me about how different things are in India, and wondering abstractedly about how a psychiatrist from his country might work with him. Did he sometimes wish I knew more about his culture, or that he could see an Indian therapist? "Oh, no!" He is very satisfied with me.

His was, by clinic policy, an eight-session treatment. By our last meeting, I had succeeded, mostly by gentle teasing, in getting him to admit to being occasionally a little irritated with me and with therapy (not angry, not even aggravated, just slightly bothered, he carefully noted). I thought the treatment had been largely a failure, though I had not expected to accomplish much in eight meetings. But 2 years later he came back to tell me that he had thought a lot about feelings since he had seen me, particularly about his anger and sadness at being so far from his native country. As he had let in those emotions, his obsessions and compulsions had waned. In a manner typical of people in this clinical group, he had found a way to feel that he was in control of pursuing insights that came up in therapy, and this subjective autonomy was supporting his self-esteem.

Countertransference with obsessional clients often includes an annoyed impatience, with wishes to shake them, to get them to be open about ordinary feelings, to give them a verbal enema or insist that they "shit or get off the pot." Their combination of excessive conscious submission and powerful unconscious defiance can be maddening. Therapists who have no personal inclination to regard affect as evidence of weakness or lack of discipline are mystified by the obsessional person's shame about most emotions and resistance to admitting them. Some-

times, one can even feel one's rectal sphincter muscle tightening, in identification with the constricted emotional world of the patient (concordant), and in a physiological effort to contain one's retaliatory wish to "dump" on such an exasperating person (complementary).

The atmosphere of veiled criticism that an obsessive–compulsive person emits can be discouraging and undermining. In addition, clinicians easily feel bored or distanced by the client's unremitting intellectualization. With one obsessive–compulsive man I treated, I used to find myself having a vivid image that his head was alive and talking, but his body was a life-sized cardboard cutout like the ones amusement parks provide for customers to put their heads through to be photographed. Feelings of insignificance, boredom, and obliteration are relatively rare when one works with introjective obsessional clients, but they may vex the therapist of a more anaclitically obsessive person. Hearing endless ruminations about whether one should do the Atkins or the South Beach diet, buy a poodle or a beagle, go by taxi or by foot can be aggravating.

There is something very object related about the unconscious devaluation of the more guilt-ridden obsessive–compulsive patients, something touching about their efforts to be "good" in such childlike ways as cooperating and deferring. Doubts about whether anything is being accomplished in therapy are typical for the therapist as well as for the obsessive or compulsive client, especially before the person is brave enough to express such worries directly. But underneath all the obstinacy of the obsessional individual is a capacity to appreciate the therapist's patient, noncondemnatory attitude, and as a result, it is not hard to maintain an atmosphere of basic warmth.

THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THE DIAGNOSIS OF OBSESSIVE OR COMPULSIVE PERSONALITY

The first rule of practice with obsessive and compulsive people is ordinary kindness. They are used to being exasperating to others, for reasons they do not fully comprehend, and they are grateful for nonretaliatory responses to their irritating qualities. Appreciation for, and interpretation of, their vulnerability to shame is essential. Refusal to advise them, hurry them, and criticize them for the effects of their isolation, undoing, and reaction formation will foster more movement in therapy than more confronting measures. Countertransference-driven power struggles are common between therapists and obsessional clients; they produce temporary affective movement, but in the long run they only replicate early and detrimental object relations.

At the same time that one carefully avoids the therapeutic equivalent of becoming the demanding, controlling parent, one needs to keep relating warmly. The degree of therapist activity will depend on the client—some obsessional people will not let the clinician get a word in edgewise until the last moments of a session, while others become disorganized and frightened if one remains quiet. Refusing to control should be distinguished from attitudes that will be felt as emotional disengagement. Remaining silent with a person who feels a pressure in silence is self-defeating, as is silence with a patient who feels abandoned when he or she is not addressed. Asking the patient's direction on how much the therapist should speak, like other respectful inquiries about what is helpful, may resolve the therapist's problem while supporting the client's sense of agency, human equality, and realistic control.

An exception to the general rule of refusing to advise or control concerns people whose compulsions are outright dangerous. With self-destructive compulsivity, the therapist has two choices: either tolerate anxiety about what the patient is doing until the slow integration of the therapy work reduces the compulsion to act, or, at the outset, make therapy contingent on the client's stopping the compulsive behavior. An example of the former would be hearing about one driven sexual affair after another while nonjudgmentally analyzing the dynamics involved, until the patient becomes unable to rationalize the defensive use of sexuality. An advantage of this position is its implicit encouragement of honesty (if one sets behavioral conditions for therapy, the patient will be tempted to hide it if he or she cheats). When the person's self-destructiveness is not life threatening, I think this choice is usually preferable.

Examples of the latter would include requiring that an addict go through detox and rehab before starting psychotherapy, insisting that a dangerously anorexic client first gain a given number of pounds in a hospital-supervised regime, or making therapy of an alcohol abuser conditional on attendance at AA meetings. When undoing is automatic, the wishes, urges, and fantasied crimes being undone will not surface. Moreover, by accepting compulsively self-harming people into treatment unconditionally, the therapist may unwittingly contribute to their fantasies that therapy will operate magically, without their having at some point to exert self-control. This position is particularly advisable when the patient's compulsion involves substance abuse; doing therapy with someone whose mental processes are chemically altered is an exercise in futility.

Many compulsions are not responsive to treatment until the driven person encounters sharp negative consequences. Shoplifters and pedophiles tend to get serious about therapy only after they have been arrested;

addicts often have to "bottom out" before getting help; cigarette smokers rarely try to stop before they get scared about their health. As long as one is "getting away with" compulsivity, there is little incentive to change. The reader may wonder why anyone would want to go through psychotherapy once the compulsive behavior is under control. The answer is that people feel strongly the difference between being able to discipline a compulsion (by efforts of will or submission to authority) and not having one in the first place. Therapy with someone who has stopped behaving compulsively allows that person to master the issues that drove the compulsion, and to find internal serenity rather than a tenuous achievement of self-control. The alcoholic who feels no more need to drink is in a lot better shape than the one who, through constantly reinforced efforts of will, can manage to stay sober despite temptation (Levin, 1987). Individuals in recovery from compulsion are also helped by understanding why they were vulnerable to addictive behavior.

The second important feature of good work with people in this diagnostic group, especially the more obsessional ones, is the avoidance of intellectualization. Interpretations that address the cognitive level of understanding, before affective responses have been disinhibited, will be counterproductive. I suspect we have all known people in psychoanalytic therapy who can discuss their dynamics in the tone of an auto mechanic detailing what is wrong with someone's motor, and who appear not a bit better for all this knowledge. It was experience with obsessive–compulsive people that infused analytic clinical theory with warnings about the dangers of premature interpretation (e.g., Glover, 1955; Josephs, 1992; Strachey, 1934) and comments on the difference between intellectual and emotional insight (e.g., Kris, 1956; Richfield, 1954).

Because it can feel like a power struggle (to both parties) for the therapist to keep harping on the question "But how do you *feel*?" one way to bring a more affective dimension into the work is through imagery, symbolism, and artistic communication. Hammer (1990), in exploring how obsessional people use words more to fend off feeling than to express it, mentions the special value to this population of a more poetic style of speech, rich in analogy and metaphor. With extremely constricted patients, the combination of group therapy (where other clients tend to attack the isolative defense head-on) and individual treatment (where the therapist can help the person to process such experiences privately) is sometimes therapeutic (Yalom & Leszcz, 2005).

A third component of good treatment with obsessionally and compulsively structured people is the practitioner's willingness to help them express their anger and criticism about therapy and the therapist. Usually one cannot accomplish this right away, but one can pave the way for the patient's eventual acceptance of such feelings by preparatory com-

ments such as "It can be exasperating that the therapy process does not work as fast as we would both want it to. Don't be surprised if you find yourself having resentful thoughts about coming here or about me. If you were to notice you were feeling dissatisfied with our work, would anything get in the way of your telling me that?" A frequent response to these ground-laying comments is a protest that the client cannot imagine being actively dissatisfied and critical. The therapist's position that such a statement is very curious may begin the process of making ego alien the automatic process of isolation.

To be useful to obsessive and compulsive people, one needs not only to help them find and name their affects but also to encourage them to enjoy them. Psychoanalytic therapy involves more than making the unconscious conscious; it requires changing the patient's conviction that what has been made conscious is shameful. Behind this susceptibility to shame lie pathogenic beliefs about sinfulness that propel both obsessive and compulsive mechanisms. That one could enjoy a sadistic fantasy, not just own up to it, or derive comfort from grieving, not just admit grudgingly that one is sad, may be news to these clients. The sharing of the therapist's sense of humor may lighten the guilt and self-criticism that weigh so heavily on them.

"What good will it do to feel that?" is a frequent query of individuals with obsessive and compulsive psychologies. The answer is that harm is being done in *not* feeling it. Emotions make one feel alive, energized, and fully human, even if they express attitudes that the patient has come to see as "not very nice." Especially with compulsive patients, it is useful to comment on their difficulty tolerating just *being*, rather than doing. It is no accident that 12-step programs, in their efforts to arrest self-destructive compulsivity, discovered the Serenity Prayer. Occasionally, one can appeal to the practical nature of obsessive and compulsive people when they flee their feelings; for example, some scientifically minded patients find it helpful to know that crying rids the brain of certain chemicals associated with chronic mood disturbances. If these patients can rationalize expressiveness as being something other than pathetic self-indulgence, they may risk it sooner. But ultimately, the therapist's quiet dedication to emotional honesty, and the patient's growing experience that he or she will not be judged or controlled, will move the work forward.

Via medications such as the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), and CBT techniques such as exposure, many people with obsessive–compulsive *disorder* are now being helped more than psychoanalytic therapy alone could help them previously. In those who have obsessive–compulsive *personality*, with ego-syntonic ruminations and compulsions, those approaches seem to be less effective. This observa-

tion parallels what I said in Chapter 11 about characterologically depressive patients, who seem less responsive to the drugs that mitigate major depression or dysthymia than individuals who suffer a depression but whose personality structure is not depressive. Nonetheless, many analytic therapists (e.g., Lieb, 2001) working with clients with obsessive and compulsive personalities report increased effectiveness when they combine dynamic psychotherapy with both pharmacological and cognitive-behavioral interventions.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Ordinarily, obsessive and compulsive dynamics are easy to differentiate from other kinds of psychology. Isolation and undoing are usually pretty visible; compulsive organization is particularly conspicuous, since the person's drivenness to act cannot be easily masked. Still, some kinds of confusion occur. Obsessive structure is sometimes hard to distinguish from schizoid psychology, especially at the lower-functioning end of the developmental continuum, and from narcissistic personalities with obsessive defenses. Sometimes it can be hard to differentiate obsessive and compulsive dynamics from organic brain syndromes.

Obsessive versus Narcissistic Personality

In Chapter 8 I discussed narcissistic versus obsessional character structure, with an emphasis on the damage done when an essentially narcissistic person is misunderstood as obsessive or compulsive, when the therapist accordingly looks for unconscious anger, omnipotent fantasies, and guilt rather than subjective emptiness and fragile self-esteem. The damage is probably less serious when a mistake is made the other way, since all of us, whatever our character, can profit from therapies that focus on issues of self. Nevertheless, an old-fashioned, moralistic obsessive or compulsive person being treated by someone who construes him or her as narcissistic would be eventually distressed, demoralized, and even insulted by being seen as needy rather than conflicted.

Obsessive and compulsive people with introjective dynamics have a strong center of gravity psychologically; they are judgmental and self-critical. A therapist who communicates empathic acceptance of their subjective experience without evoking the deeper affects and beliefs that shape that experience is depriving such patients of any empathy worth its name. Sometimes interventions that a therapist conceives as mirroring are received by obsessive and compulsive clients as corrupting, in that

the patient views the therapist as implicitly condoning aspects of the self that the patient sees as indefensible. Under these circumstances patients begin to doubt the moral credentials of the therapist. Analysis of the rationalistic and moralistic defenses of obsessive and compulsive clients should precede efforts to convey acceptance of the troublesome feelings these defenses have been erected to conceal.

Obsessive versus Schizoid Personality

In the symbiotic–psychotic range, some people who look schizoid may be in fact regressed obsessional patients. Although a schizoid person withdraws from the outer world, he or she tends to be conscious of intense inner feelings and vivid fantasies. In contrast, a withdrawn obsessional person uses isolation so completely that he or she may be subjectively "blank" or wooden in appearance. Knowledge of the premorbid functioning of someone for whom this differential applies will provide clues about whether to communicate to the patient that it is safe to express his or her intense inner experience, or to convey that it must be terrible to feel so cold and dead inside.

Obsessive–Compulsive versus Organic Conditions

This book does not cover psychopathology of organic origin, but I should note the frequency with which inexperienced interviewers—whether or not they have had medical training—misconstrue behavior related to brain damage as obsessive–compulsive. The perseverative thinking and repetitive actions typical of organic brain syndromes (Goldstein, 1959) can mimic "functional" obsessiveness and compulsivity, but dynamically informed questioning will reveal that isolation of affect and undoing are not involved. A good history, with inquiries about possible fetal alcohol syndrome or maternal addiction during pregnancy, complications at birth, illnesses with high fever (meningitis, encephalitis), head injury, and so forth may suggest an organic diagnosis, which may be confirmed by neurological examination.

Not all brain damage involves loss of intelligence. The practitioner should not assume that because a person is bright and competent, he or she could not suffer from organically based difficulties. This is a critical differential, since therapy to uncover unconscious dynamics in order to reduce a client's obsessive–compulsive inflexibility may be radically different from treatment that emphasizes, to the organically damaged person and to his or her family, the value of maintaining order and predictability for the sake of the client's emotional security and comfort.

SUMMARY

I have discussed in this chapter people who preferentially think and/or act, in order to pursue emotional safety, reduce anxiety, maintain self-esteem, and resolve internal conflicts. I reviewed classical conceptions of obsessive–compulsive character structure, with emphasis on Freud's (1908, 1909, 1913, 1931) formulations about the centrality of anal-phase issues in its development and related struggles over unconscious guilt and fantasies of omnipotence. I differentiated that version of the phenomenon from more anaclitic manifestations of obsessive–compulsive psychology. I noted that defensive processes in obsessive and compulsive people (isolation and undoing, respectively, and reaction formation in both) suppress or distract from most affects, wishes, and drives, but unconscious guilt (over hostility) and conscious susceptibility to shame (over falling short of standards) are easily inferred. Family histories of people in this group are notable for either overcontrol or lack of control; current relationships tend to be formal, moralized, and somewhat juiceless, despite the basic capacity for attachment that obsessive–compulsive people demonstrate.

I also addressed obsessive–compulsive perfectionism, ambivalence, and avoidance of guilt by either procrastination or impulsivity and noted that transference and countertransference issues center around noticing and absorbing the patient's unconscious negativity. Therapeutic inferences include being unhurried, avoiding power struggles, discouraging intellectualization, inviting anger and criticism, and modeling the enjoyment of devalued feelings and fantasies. I differentiated obsessive and compulsive personalities from schizoid patients, from narcissistically structured people with perfectionistic and compulsive defenses, and from those with organic brain syndromes.

SUGGESTIONS FOR FURTHER READING

Probably the most readable book on this topic is Salzman (1980). D. Shapiro's (1965) naturalistic study of the obsessive–compulsive personality style remains a classic; and his 1984 and 1999 books followed it up with interesting chapters on obsessive and compulsive rigidity.

Shengold's *Halo in the Sky* (1988) offers a brilliant exploration of anality as a concept and metaphor. The second issue of the journal *Psychoanalytic Inquiry* in 2001 (Bristol & Pasternack, 2001) contains many relevant essays, some of which I have cited in this chapter, mostly about obsessive–compulsive disorder but touching on obsessive–compulsive personality and the evaluation of psychoanalytic ideas about it in the context of recent research on neuroscience.

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

SECTION 11 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

Lectures obligatoires

Texte 20 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality Disorders. Dependent dans P*sychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 597-604

Lectures suggérées

Frances, A. Et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 283-286.

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington pages blood is thicker

Audio

Une entrevue avec un patient dans la quarantaine

CHAPITRE 5
LES PERSONNALITÉS ANXIEUSES ET PEUREUSES

SECTION 12 :
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Lectures obligatoires

Texte 30 Gabbard, G.O., 2014, Cluster C. Personality Disorders. Avoidant dans *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, APA, Washington, 592-597

Lectures suggérées

Frances, A, et Ross, R., *DSM-IV- CAS CLINIQUES*, Paris, Masson, 279-283

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B., First, W., DSM-III- R, APA, Washington, 54-55

Audio

Une entrevue avec un patient dans la trentaine.

CHAPITRE 6
LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Texte d'introduction du chapitre 6.....431

SECTION 13
LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE-NARCISSIQUE

SECTION 14
LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE-SCHIZOÏDE

SECTION 15
LA PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE-HYSTÉRIQUE

SECTION 16
LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE-NARCISSIQUE

CHAPITRE 6
LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Présentation

Dans ce chapitre, nous présentons quatre entrevues qui se révèlent problématiques sur le plan du diagnostic. Dans le premier exemple, il s'agit d'un patient dans la quarantaine qui possède des traits narcissiques et des traits paranoïdes. Dans le deuxième exemple, c'est un patient dans la quarantaine qui présente des traits histrioniques mais aussi des caractéristiques hystériques. Dans le troisième exemple, c'est une patiente dans la cinquantaine qui a des traits schizotypiques et des traits schizoïdes. Et, dans le quatrième exemple, c'est un patient à la fin de la trentaine aux traits antisociaux et aux traits narcissiques.

Comme nous l'avons vu précédemment dans la présentation générale, ce sont des cas mixtes qui posent des problèmes de diagnostic différentiel. Est-ce un trouble de la personnalité narcissique ou paranoïde? Est-ce un trouble de la personnalité histrionique ou hystérique? Est-ce un trouble de la personnalité schizoïde ou schizotypique? Est-ce un trouble de la personnalité antisociale, narcissique, ou autre?

Comme exercice, nous vous invitons à écouter attentivement les entrevues et à mettre en évidence les divers traits pathologiques qui s'y retrouvent. Nous vous demandons également de répondre aux questions suivantes.

- Quels sont les traits observés?
- Sont-ils en nombre suffisant pour rencontrer les critères d'un trouble de la personnalité?
- Si oui, lequel?
- Peut-on mettre en évidence une dynamique sous-jacente qui permettrait d'orienter la réponse?

CHAPITRE 6
LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Lectures suggérées

Trouble général de la personnalité. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, page 763.

Personnalité paranoïaque. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 767-768.

Personnalité schizoïde. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 770-771.

Personnalité schizotypique. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 774-775.

Personnalité antisociale. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, page 779.

Personnalité borderline. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015E, lsevier/Masson, pages 783-784.

Personnalité histrionique. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, page 787.

Personnalité narcissique. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 790-791.

Personnalité évitante. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 793-794.

Personnalité dépendante. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 797-798.

Personnalité obsessionnelle-compulsive. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, pages 801-802.

Autres troubles de la personnalité. Diagnostic différentiel dans DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 2015, Elsevier/Masson, page 804.

SECTION 13 :
LA PERSONNALITÉ PARANOÏDE-NARCISSIQUE

Audio

Une entrevue avec un patient dans la quarantaine

SECTION 14 :
LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE-SCHIZOÏDE

Audio

Une entrevue avec un patient dans la quarantaine

SECTION 15 :
LA PERSONNALITÉ HISTRIONIQUE-HYSTÉRIQUE

Audio

Une entrevue avec une patiente dans la cinquantaine

SECTION 16 :
LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE-NARCISSIQUE

Audio

Une entrevue avec un patient à la fin de la trentaine

ISBN 978-2-7624-2591-8



SAM 4450