

Clinique et psychopathologie des états-limites en milieu psychiatrique congolais. Contextualisation à partir de 20 cas

Patient Bienvenu MOUZINGA-KIMBAZA*
et Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI**

Résumé

À l'heure actuelle au Congo, la santé mentale en milieu psychiatrique est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. Le présent travail traite des états-limites en tant que catégorie psychopathologique cliniquement positionnée entre la névrose et la psychose. Il faut malheureusement reconnaître le fait que le cadre diagnostique de cette pathologie reste discuté, en raison d'importantes difficultés rencontrées dans le processus diagnostique. Pourtant aujourd'hui, de nombreux cas cliniques complexes, ne favorisant plus le « rassemblement diagnostique » en termes de psychose ou de névrose, permettent de supposer que cette pathologie, caractérisée essentiellement par un défaut de mentalisation s'accompagnant d'un grand polymorphisme de la symptomatologie, apparaît sous formes de troubles psychiatriques divers, complexes et aigus, avec des mécanismes défensifs spécifiques, demeurant en lien avec la richesse d'idées de persécution, de revendication, et l'importance de l'expression somatique. L'approche clinique, à travers les études de cas dans une visée diagnostique, de vingt patients suivis en mode ambulatoire au service de psychiatrie de l'hôpital général Adolphe Sicé de Pointe-Noire, permet d'en soutenir la lecture. Expérience relationnelle, description clinique, étude psychopathologique et proposition d'un modèle global de prise en charge thérapeutique, tel se veut ce travail.

Mots-clés : Etat-limite, Clinique, Psychopathologie, Défaut de mentalisation, « Rassemblement diagnostique ».

Abstract

* Email : patientbienvenumouzinga@gmail.com

** Email : nicaise.ghimbi@umng.cg Université Marien NGOUABI

Currently in the Congo, mental health in psychiatric settings is a major concern in public health. The present work deals with borderline states as a psychopathological category clinically positioned between neurosis and psychosis. Unfortunately, it must be recognized that the diagnostic framework for this pathology remains under discussion, due to the significant difficulties encountered in the diagnostic process. Yet today, many complex clinical cases, no longer promoting "diagnostic gathering" in terms of psychosis or neurosis, allow us to suppose that this pathology, characterized essentially by a defect of mentalization accompanied by a great polymorphism of the symptomatology, appears in the form of various psychiatric disorders, complex and acute, with specific defensive mechanisms, remaining in connection with the wealth of ideas of persecution, of claim, and the importance of somatic expression. The clinical approach, through the case studies for diagnostic purposes, of twenty patients followed on an outpatient basis in the psychiatric department of the Adolphe Sice General Hospital in Pointe-Noire, supports this reading. Relational experience, clinical description, psychopathological study and proposal of a global model of therapeutic management, such is this work.

Keywords : Borderline, Clinical, Psychopathology, Lack of mentalization, "Diagnostic gathering".

Introduction

Dans le champ des pathologies mentales, les problématiques qui demeurent au centre des systèmes conflictuels sont, entre autres, la névrose, la psychose et les pathologies des limites. Par le concept d'états-limites il faut entendre les sujets qui présentent « des affections psychopathologiques situées à la limite entre névrose et psychose » (C. Chabert, 2008, p. 289).

Le présent travail porte sur les états-limites qui recouvrent l'ensemble des personnes souffrant d'une affection de la personnalité intermédiaire entre la névrose et la psychose. Autrement dit, ces personnes présentent des troubles du narcissisme et de la relation qui leur empêchent tout sentiment complet de bien-être, bien qu'ayant une apparence de « normalité ».

Il faut malheureusement souligner le fait que le cadre diagnostique (et éventuellement le contexte thérapeutique) de ces personnes, en milieu psychiatrique congolais, demeure un problème de santé publique, en matière de santé mentale évident. Ce sont des individus qui sont de moins en moins diagnostiqués (P.B. Mouzinga-Kimbaza, 2019, p. 225).

La question qui s'est trouvée engagée est celle de nous demander comment les états-limites interrogent la clinique psychiatrique actuelle ? Notre hypothèse consiste à supposer que ces personnes en souffrance psychique sont sous-diagnostiquées en raison du foisonnement des symptômes cliniques dont elles donnent à voir, compliquant de la sorte l'évaluation psychopathologique.

En considération de ces difficultés diagnostiques, nous nous proposons de présenter la configuration des états-limites tels qu'ils se présentent en contexte psychiatrique congolais. L'objectif est d'offrir aux spécialistes intéressés par les questions de santé mentale, un panel approximatif d'appréhension et de reconnaissance de cette catégorie nosographique, en vue de faciliter les investigations cliniques.

Nos préoccupations sont essentiellement diagnostiques et concernent un enjeu scientifique, puisque, selon C. Chabert (2008, p. 143), « l'intérêt d'une réflexion psychopathologique est d'associer et mobiliser conjointement au dégagement éventuel d'un diagnostic, une compréhension des processus en jeu qui organise la façon d'être au monde, aux autres et à soi-même ».

Les résultats rapportés ici concernent une population consultante, notamment vingt patients rencontrés au service de psychiatrie de l'hôpital général Adolphe Sicé de Pointe-Noire. Il convient de se garder d'une généralisation « prétentieuse » en précisant que cette étude n'est pas quantitative. Le tableau des états-limites qui est ici présenté n'est pas exhaustif au regard de sa population réduite ne favorisant que très peu une lecture globale.

Toutefois, ce travail peut être considéré comme une introduction à la contextualisation des états-limites en clinique psychiatrique congolaise. Expérience relationnelle, description clinique, étude psychopathologique et proposition d'un modèle global de prise en charge thérapeutique, tel se veut ce travail.

1. Méthodologie

Cette étude s'est fondée sur un matériel clinique et/ou qualitatif, notamment sur l'observation approfondie de cas cliniques rencontrés au service de psychiatrie de l'hôpital général Adolphe Sicé durant l'année académique 2018-2019.

Ces cas ont été retenus en raison de la complexité qu'ils donnaient à voir sur le plan clinique et de l'évaluation psychopathologique, notamment un grand polymorphisme de la symptomatologie. Les critères de recrutement n'étaient pas préalablement établis, mais ont été identifiés au cours des consultations, tels que les patients présentaient, hormis le diagnostic psychiatrique de « trouble de la personnalité borderline » ou « état-limite » indiqué dans les dossiers médicaux, des problématiques psychopathologiques essentiellement narcissiques, notamment les troubles identitaires et relationnels très prononcés dans un contexte d'instabilité. Ceux-ci devaient également être disponibles et consentants (N. L. M. Ghimbi, 2014, p. 307).

Les patients se montraient cliniquement stabilisés et capables de communiquer en langue française. Aucun trouble organique grave n'a été identifié chez les patients au regard des dossiers médicaux.

Quant au cadre d'étude, le milieu hospitalier, notamment le service de psychiatrie, a été choisi sans doute en ce qu'il s'est révélé nécessaire dans la mesure où ce cadre est considéré comme « le lieu le plus adéquat pour la mise en œuvre d'entretiens cliniques [...], si la clinique requiert un discours produit « au lit du malade », elle devrait trouver un épanouissement, une réalisation potentielle de son projet dans le lieu d'accueil des malades » (B. Jacobi, 2005, p. 25).

C'est véritablement dans une expérience relationnelle, soutenue par une écoute plutôt passive qu'a été inscrite notre étude comme l'explique J. Bergeret lorsqu'il déclare : « le patient doit disposer de la liberté d'organiser spontanément son mode d'expression relationnelle (fusionnelle, anaclitique, triangulaire), son type d'angoisse (de morcellement, de perte d'objet ou de castration) qu'il ne faut pas confondre, et doit pouvoir mettre en avant ses principales défenses habituelles pouvant aller du refoulement (...) au dédoublement du Moi (...) en passant par le dédoublement des imagos ou le déni » (1972, p. 10). La nécessité de cette technique d'entretien clinique s'est révélée également dans le lien transférentiel. C. Chiland (1983, p. 10) écrit :

« regarder et écouter, et parler pour mieux voir et mieux entendre (...), le clinicien se tait pour laisser l'autre parler et parle pour lui faciliter la parole ».

Le choix de l'approche psychodynamique a été associé à la nécessité de la dimension de transfert en ce qu'elle met à « l'épreuve les grands principes du fonctionnement de l'appareil psychique tels qu'ils ont été définis par Freud [...], la découverte de l'existence de l'inconscient, la place fondamentale de la sexualité dans le développement psychique, la dialectique du normal et du pathologique » (C. Chabert, 2008, p. 1).

Ainsi, hormis les paramètres sociodémographiques, les dynamiques familiales, les antécédents psychiatriques et les modes de vie et habitudes, nos procédés ont permis d'explorer plusieurs dimensions de la personnalité :

- les représentations de la souffrance (comment vous sentez-vous ?) ;
- leurs comportements dans la souffrance (que faites-vous assez souvent lorsque vous vous sentez contrariés ou menacés) ;
- les manières dont ils sont jugés par l'environnement social (comment êtes appréciés par vos proches ? Que représentent-ils pour vous ? Qu'attendez-vous d'eux ?) ;
- les facteurs d'adaptation (qu'est-ce qui vous permet de bien vous sentir ?) ;
- les facteurs d'inadaptation (qu'est-ce qui vous empêche de bien vous sentir ?) ;
- leurs aspirations (qu'attendez-vous des médecins et que voudriez-vous faire à l'avenir ?).

En condensé, notre procédure d'analyse retenue ici repose, comme l'a souligné D. Tsokini (2008, p. 79), sur « une approche fondamentalement clinique qui consiste à dépouiller le cas en tenant de dégager les éléments significatifs, c'est-à-dire, les indicateurs de sens qui situent le processus de conflictualité à travers une problématique existentielle où l'angoisse est le mécanisme clé ».

Il reste cependant à noter les différentes étapes de notre étude :

- Phase n° 1 : Etat de lieu du service de psychiatrie, préparation du matériel clinique ;
- Phase n° 2 : Entretiens individuels et analyses cliniques ;
- Phase n° 3 : Restitution des résultats auprès des patients.

La méthodologie de la recherche a permis d'obtenir les résultats individuels, c'est-à-dire des données spécifiques à chaque cas étant donné que chacun est unique et irréductible à tout autre cas individuel. Seulement, le groupement des tendances cliniques individuelles a permis de concevoir une configuration des états-limites en contexte psychiatrique congolais.

2. Résultats et discussion

2.1. Profil des patients

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
14-20 ans	8	40%
20-33 ans	6	30%
33-42 ans	4	20%
> 42 ans	2	10%
Total	20	100%

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

La tranche d'âge de 14 à 20 ans est la plus représentée dans notre échantillon (40%) suivie de celle de 20 à 33 ans aussi représentée (30%). La tranche d'âge de 33 à 42 ans est faiblement représentée pendant que les patients d'âge compris entre 0 et 14 ans ne sont pas représentés.

Tableau II : Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataire	10	50%
Divorcé	8	40%
Union libre	2	10%
Marié	-	-
Total	20	100%

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

Près de la moitié de notre population constituée essentiellement d'adolescents et de jeunes adultes jeunes, est célibataire (50%).

Tableau III : Niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	2	10%
Primaire	-	-
Secondaire	14	70%
Supérieur	4	20%
Total	20	100%

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

Le niveau d’instruction jusqu’au moment de l’étude, hormis les moments d’interruption scolaires. Le niveau secondaire occupe une grande proportion (70%).

Tableau IV : Qualification professionnelle

Qualification professionnelle	Effectif	Pourcentage
Sans qualification	1	05
Elève/Étudiant	12	60
Ouvrier/Manœuvre	6	30
Fonctionnaires	1	05
Total	20	100

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

Les élèves et/ou étudiants sont plus représentatifs (60%), suivis des ouvriers ou manœuvres (30%). Les « sans qualification » et les fonctionnaires sont faiblement représentés.

Tableau V : Nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolais	15	05
Congolais (RDC)	2	60
Malien	2	30
Angolais	1	05
Total	20	100

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

Notre échantillon est constitué de 15 Congolais, de 2 Congolais (RDC), de 2 Maliens et d'un Angolais.

Tableau VI : Groupe religieux

Groupe religieux	Effectif	Pourcentage
Catholique	6	30
Protestant	2	10
Pentecôte/Eglises de réveil	10	50
Islam	2	10
Total	20	100

Source : Enquêtes des auteurs, (2018-2019)

Le groupe religieux « Pentecôte/Eglises de réveil » est dominant (50%), suivi de de l'église catholique (30%). L'Islam est faiblement représenté (10%).

2.2. Les représentations de la souffrance

On peut constater que l'état psychopathologique des patients, en général, se caractérise par des difficultés de maintenir un niveau de conscience individuelle acceptable, par un défaut « d'autorégulation ». L'activité de représentation et de fantasmatisation se montrent déficitaires. On reconnaît aux patients, une défaillance des fonctions d'imagination au profit l'expression corporelle ou des comportements. La souffrance est perçue comme une affection psychique « peu profonde », perturbant l'équilibre de la personnalité et les divers champs de la vie sociale. Leurs modes de pensée sont en rapport manifeste avec la réalité, mais parfois en désaccord avec le bon sens pendant les phases actives de l'expérience de « l'absence » de l'objet idéalisé, probablement dans une sorte de sidération des capacités imaginaires.

Dans la plus grande partie du temps, le patient ressent des peurs, de l'anxiété et se considère comme mal aimé, impuissant, persécuté et dévalorisé. Il se sous-estime et ne se sent pas capable ou plus responsable lorsqu'il se sent seul. Il a des impressions élémentaires à la fois d'attraction et de répulsion de « l'objet » qui sont au fondement

d'une insatisfaction des désirs, lesquels, lorsqu'ils ne trouvent pas une potentielle exonération, se convertissent en angoisse qui, à son tour, détermine une fragilité fonctionnelle.

De tels sentiments antagonistes le poussent à se considérer comme dans « l'entre-deux », c'est-à-dire entre le « normal » (bien-être) et le « pathologique » (mal-être). Pour donner sens à ses souffrances, le patient établit une sorte de relations objectales qui demeurent l'évocation, dans un contexte quasiment itératif, des idées de persécution, parfois de possession ou de malédiction, se couplant avec des plaintes corporelles multiples. Cette observation est également l'une des plus importantes faites en clinique africaine au sud du Sahara, notamment dans plusieurs travaux scientifiques dont *La dépression chez le Noir Africain* (M. Diop, 1961).

Bref, la souffrance est vécue par le patient dans une double perspective de son organisation identitaire et relationnelle. Cette observation épouse les éléments descriptifs offerts par la littérature universelle, car « toutes les classifications internationales s'accordent sur la présence de critères tels que : instabilité de l'identité et des relations affectives, présence envahissante de sentiments de vide et d'ennui » (J-F. Allilaire, 2012, p. 1349). Quelques dissonances affectives sont mises en évidence et se traduisent par l'ambivalence, les bizarreries dans le vécu des relations. La souffrance est donc vécue comme une menace d'anéantissement, de séparation ou de perte d'objet (J. Bergeret, 1970, p. 65).

Il reste cependant à noter que la souffrance peut être interprétée de plusieurs manières. La connaissance qu'ont ces personnes de leur mal-être demeure tributaire des modes de traitement d'information atypiques, notamment au travers des manifestations cognitives fréquemment identifiées qui sont, entre autres, des conceptions coutumières et/ou culturelles telles que la malédiction, et de plus en plus la persécution (T. K. M. Buakasa, 1980, p. 88). L'interprétation de leur souffrance intègre des conceptions traditionnelles de la sorcellerie, en ce sens que « l'appréhension de la maladie mentale n'est guère dissociable au Congo, des considérations de sorcellerie » (P. B. Mouzinga-Kimbaza, 2014, p. 101).

2.3. Le tableau comportemental

On constate que le comportement global du patient « limite » va de pair avec les difficultés d'accéder à une représentation de soi intègre (univers intérieur pauvre en ressources narcissiques). Son comportement global est inadapté, démesuré, et a un important retentissement relationnel et professionnel. On parlerait comme Fédida (1979) d'une sorte de « mobilité comportementale qui témoigne d'un moi faible, jouant d'une capacité fragile aux identifications imaginaires multiples et labiles » (D. Tsokini, 1987, p. 176). Il s'agit souvent de parler ou d'agir de façon « déraisonnable » pour les familles et/ou proches. Le conflit psychique n'étant pas dans l'ensemble évité, il donne lieu à des conduites violentes telles que l'impulsivité, l'imprévisibilité et l'agressivité qui prévalent puisque le patient vit en sus de l'incapacité interne de conflictualisations, une profonde inquiétude et une intolérance à la frustration (Bergeret, 1992, p. 55).

Cela a été beaucoup plus observé dans la plupart des cas où « le déplaisir ou l'insatisfaction (impliquent) la participation des réactions d'agressivité » (M. Briguët-Lamarre, 1969, p.79). L'état d'individuation du patient est précaire et souvent lié aux comportements agressifs extrêmes, bien que l'on observe également des attitudes altruistes. On pourrait parler à propos d'une « impulsivité pathologique [...], comportements de menace, [...], irritabilité ou anxiété fugaces, [...], colères intenses » (J-F. Allilaire, 2012, p.1349). On a pu remarquer que l'impulsivité et l'agressivité résultent des émotions de colère qui s'inscrivent dans « une dimension des affects liés au deuil dont Bowlby (1960) a souligné l'importance » (M. Molinié, 2006, p. 91).

Dans le vécu de sa souffrance, ce qui apparaît fondamental, c'est que le patient est plutôt dans l'agir, dans la mesure où les comportements agressifs sont fréquents. L'explication de ce type de comportement se trouve clarifiée dans le fait que l'intériorisation des « limites » qui devrait permettre une inscription adaptée dans la réalité objective et sociale, n'a pu se créer, donc n'a pu favoriser la capacité de symbolisation. Ce qui conduit à affirmer que « les effets de la mauvaise différenciation sujet/objet confèrent aux désirs incestueux une puissance d'actualisation qui fait que désirer c'est réaliser. S'identifier

ne revient plus à être comme l'autre, mais à prendre sa place. Le fantasme s'efface au profit de l'agir » (P. Jeammet, 2009, p. 174).

Autrement dit, la destructivité contre l'objet relevant du comportement global du sujet, se traduit par l'imprévisibilité et l'impulsivité telles que « les variations de la distance relationnelle sont aménageables non par le psychisme (comprenant le sentiment d'une différence avec d'autre et une dimension de temporalité avec la notion de capacité d'attente sur les bases « sécurisées » sans risques dépressifs) mais par l'acte (qui régularise cette impossibilité par la rupture perceptive et le contrôle de l'espace) » (M. Emmanuelli & C. Azoulay, 2012, p. 100).

Cependant, les conduites de passage à l'acte contre soi sont beaucoup moins observées, mais les idées de suicide sont fréquentes et souvent sous-déclarées, car les patients, « sont souvent réticents et drapés dans des attitudes défensives et dénégatrices » (J-F. Allilaire, 2012, p. 1353). Les troubles de la personnalité sont fréquents, polymorphes et souvent méconnus. Ceux-ci peuvent s'avérer précipitants, c'est-à-dire qu'ils peuvent contribuer à la résurgence des problématiques d'instabilité fonctionnelle.

Le patient se comporte tel qu'il serait totalement absorbé, fasciné par l'objet (objet d'attachement) sans pour autant lui rester fidèle. Quand les opinions, attitudes ou les croyances vis-à-vis de l'objet du patient sont ébranlées, le patient a tendance à rechercher le contact d'autrui qui s'avère très appauvri, ceci dans un contexte d'appétence objectale : le contact à autrui dans ce contexte permet l'étayage des pulsions.

Ce dont nous sommes sûrs, c'est que les conséquences sur le plan du comportement résultent de l'incapacité à élaborer des stratégies défensives supérieures (les modalités défensives sont archaïques), ce qui privilégie l'agir violent. Cela va dans le même sens que l'affirmation selon laquelle « la variation de la distance relationnelle est aménageable non pas par le psychisme (comprenant le sentiment d'une différence d'avec l'autre et une dimension de temporalité avec la notion de capacité d'attente sur les bases « sécurisées sans risque dépressif) mais par l'acte (qui régularise cette impossibilité par la rupture perceptive et le contrôle de l'espace) » (M. Emmanuelli & C. Azoulay, 2012, p. 99).

Par ailleurs, le schéma comportemental peut se concevoir au niveau de trois (3) dimensions : la pauvreté imaginaire (désunion entre affects

et représentations) sous-tend l'instabilité émotionnelle. Les difficultés de symbolisation et de fantasmatisation favorisent la décharge pulsionnelle dans l'agir comportemental (P.B. Mouzinga-Kimbaza, 2019). Ce schéma comportemental se présente de la manière suivante :

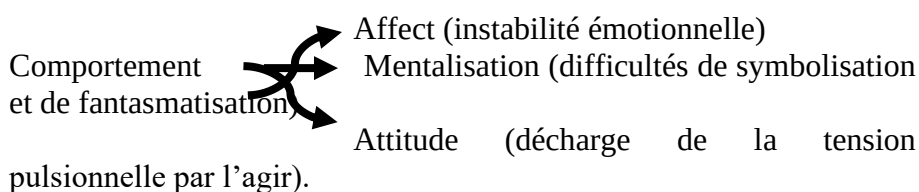


Figure 1 : Schéma des dimensions comportementales
(P.B. Mouzinga-Kimbaza, 2019)

2.4. Esquisse étiopathogénique

Nous nous sommes également préoccupés par la question comment deviennent-ils malades ?

Dans la mesure où « toute souffrance implique la préexistence d'une autre souffrance secrète, fondamentale, fantasmatique et souvent antérieure à toute douleur physique » (M. Ruzsniowski, 1999, p. 7), les conditions de survenue, chez nos patients, des troubles psychopathologiques varient en fonction des caractéristiques individuelles de chacun des cas. Cependant, celles-ci demeurent en lien avec une ou des souffrances préexistantes : d'où la nécessité de comprendre ce qui a, entre autres, été considéré comme souffrance dans le passé.

La survenue des troubles mentaux chez nos patients intègre une étiopathogénie multifactorielle. Les troubles psychiques ne semblent pas résulter de l'hérédité ou encore chocs événementiels. Le contexte socioculturel et événementiel actuel, dans toutes ses variantes, représente une forme de menace multidimensionnelle qui s'impose aux patients, dont l'adversité (deuil, séparation, etc.) va porter l'angoisse du patient à son apogée et sous-tendre les manifestations psychopathologiques spécifiques.

En ce qui concerne nos patients, l'hypothèse d'un mode d'organisation de la personnalité sous le primat des expériences

infantiles douloureuses mérite d'être soutenue comme l'a tant soutenu le point de vue psychanalytique. Nous sommes convaincus, suivant la collecte des données anamnestiques, que l'hypothèse d'un passé douloureux, mal vécu serait commune à tous les cas rencontrés. L'existence chez chacun de nos patients, d'une partie d'histoire émaillée d'énormes difficultés dans le vécu personnel et familial, atteste bien les rapports entre le mode actuel de vie de ces sujets et leur passé douloureux. En résumé, les effets de la dépression maternelle sur l'enfant (Green, 1980), l'expérience de l'effondrement telle que décrite par Winnicott (1958), l'échec de la séparation chez P. Racamier (1992) sont des hypothèses pertinentes devant être exploitées pour comprendre comment ces patients deviennent souffrants. Si le deuil originaire est au début de l'évolution ou de la croissance psychique, l'élaboration de la séparation qui aboutit à ce deuil originaire doit pouvoir se terminer pour permettre au Moi du sujet, à mieux faire face à la problématique de perte d'objet. Nous comprenons que la confrontation à la perte chez nos patients est vécue comme une expérience dépressogène.

Toutefois, tous les cas convergent vers une causalité déterminée par des insuffisances maternelles précoces, des expériences infantiles douloureuses, une affirmation qui conforte l'hypothèse de S. Freud (1905), d'après laquelle le fonctionnement mental est tributaire des facteurs relationnels précoces. L'observation du poids pathogénique se révèle spécifiquement associé à des circonstances quelque peu particulières, suivant les caractéristiques de chaque cas. Ces patients luttent contre tout vécu dépressif qui consisterait en une « réactivation de l'angoisse, consécutive à ces situations d'impasse qui, entretient, dans un mouvement circulaire, le recours au clivage » (M. Emmanuelli & C. Azoulay, 2012, p. 98), c'est-à-dire que le sujet retrouve l'enfant battu, maltraité, abandonné..., qu'il fut autrefois. On estime que la problématique de « deuil » n'a pas été complètement élaborée au sens de M. Klein (1928).

En ce qui concerne nos cas, les insuffisances maternelles constatées dans les dynamiques familiales soulignent l'importance des difficultés identificatoires. Les troubles identitaires trouveraient ainsi, entre autres, leur origine dans les difficultés d'intégration d'une imago maternelle incomplètement investie : on a souvent fait allusion à une « aspiration au niveau zéro, expression d'une fonction désobjectalisante qui ne se

contenterait pas de se porter sur les objets ou leurs substituts, mais le processus objectalisant lui-même » (A. Green, 1993, p. 119).

Il paraît indiscutable que le contexte mutationnel actuel, notamment les contraintes sociales et anomiques deviennent des sources traumatogènes potentielles. Ces événements dépressogènes (rupture familiale, décès, échec, chômage, maladie et autres) favoriseraient l'apparition des troubles de la personnalité limite, en réactualisant le traumatisme précoce subi. A ce sujet, on ne peut pas manquer de considérer que « l'histoire personnelle et les antécédents retrouvent fréquemment des traumas précoces au cours du développement, tels que les séparations, pertes, agressions voire abus sexuels, maltraitance et carences affectives » (J-F. Allilaire, 2012, p. 1349).

Toute la problématique psychopathologique actuelle du patient (déclenchés par des événements de l'actualité : traumatismes tardifs) n'est que la réactualisation des modalités de défenses archaïques que le sujet a opposées à un traumatisme prématuré, à un moment de son évolution psychosexuelle, pendant que son Moi était encore immature. D'ordinaire, ce sont des événements qui viennent toujours rappeler le premier traumatisme subi en ce sens que ceux-ci seraient « des traumatismes désorganisateurs tardifs (qui) ont tendance à s'accumuler et à se nourrir l'un de l'autre [...], (lesquels) peuvent réactiver les zones de faiblesse de la personnalité sous-jacente (D. Bourgeois, 2004, p. 54). De manière simple, c'est la confrontation à la problématique de perte d'objet que la dépression apparaît : S. Freud (1915) « toutes les fois que le chagrin surgit, il mine le sentiment de sécurité dans la possession des objets internes, car il fait revivre les premières angoisses à l'égard des objets endommagés ou détruits, à l'égard d'un monde intérieur brisé » (C. Chabert, 2010, p. 391).

Les insuffisances maternelles constatées dans les dynamiques familiales soulignent l'importance des difficultés identificatoires et confirment l'hypothèse de la faiblesse de para-excitation (Anzieu, 1985 ; Anzieu, 1987). Les troubles identitaires trouveraient entre autres leur origine dans les difficultés d'intégration d'une imago maternelle incomplètement investie « comme aspiration au niveau zéro, expression d'une fonction désobjectalisante qui ne se contenterait pas de se porter sur les objets ou leurs substituts, mais le processus objectalisant lui-même » (C. Azoulay, 2010, p. 274). Somme toute, on peut donc considérer que « la notion du traumatisme précoce

(maltraitance, violence physique, abus sexuel, négligence émotionnelle, carence affective) est admise par la plupart des auteurs, en tant que facteur pathogénique » (C. Chabert *et al*, 2010, p. 87).

On peut donc soutenir, comme M. Briguet-Lamarre (1969) pour les états-limites l'idée que les enfants (qu'ils ont été) n'ont pas pu établir des liens sécurisants avec leur mère et n'ont ailleurs aucune image d'autorité stable et ferme. Ce qui a pu être à l'origine de la constitution de l'organisation limite de la personnalité.

2.5. *Regard de l'autre*

L'on a pu recueillir le jugement de leur entourage pour savoir comment sont-ils jugés par l'environnement social ?

Dans les conditions actuelles, les familles ou proches de ces patients ont une image décevante d'eux, du fait que leurs rapports sont très instables et altèrent entre des moments d'extrême idéalisation et de dévalorisation des proches. Pour les familles ou proches, ces sujets sont insupportables (discours certes faisant lien mais qui manque de cohérence), malgré leur apparente lucidité. Ceux-ci « donnent (parfois) des interprétations surnaturelles et montrent du doigt le sorcier présumé » (D. A. Misontsa, 1994, p. 260).

Leurs familles espèrent, pour eux, une valorisation de leur estime de soi et un soutien affectif se couplant à d'autres voies de recours telles que les thérapies religieuses ou traditionnelles, etc. Les familles agissent et attendent d'eux qu'ils réagissent de manière convenue, car l'ensemble de leurs comportements (en relation avec des troubles névrotiques, psychotiques ou psychopathiques apparaissant pseudos) est jugé de manière péjorative (bizarreries de comportement). Ces observations soulignent le caractère « peu commode » de ces sujets, en raison du fait que ceux-ci sont en liaison avec des délires de persécution, de revendication, d'idées suicidaires comme le rapportent les travaux effectués sur « *Les états dépressifs en milieu africain* » (H. Collomb & A. Zemleni, 1962).

Les sujets présentant ce mode de fonctionnement irrégulier sont rangés, par leurs familles et proches, dans le groupe de ceux souffrant de « folie » et de « possession », en termes de conséquence d'attaque maléfique, étant donné que « la notion du mal, couvre chez les *Kongo*, toute la zone des phénomènes considérés comme malheureux :

infortunes, malchances [...], les maladies » (T.K.M. Buakasa, 1980, p. 139). Ceci en raison des représentations traditionnelles africaines des maladies, surtout que ces patients consultent dans le cadre d'un service de psychiatrie, un cadre qui confère le statut de « malade mental » lorsqu'on y consulte. Ce qui souligne la force agissante des configurations socioculturelles traditionnelles.

Somme toute, pour les familles, les bizarreries que présentent leurs membres portent avant tout sur le discours, des attitudes jugées intolérables, car pour elles, leurs comportements sont en contradiction avec « l'ordre établi (famille ou foyer), les règles sociales (milieux professionnels) » (D. Samba, 2004, p. 161). Dans une autre dimension, ces bizarreries de comportement sont imputables aux effets de sorcellerie. Voilà qui conduit très souvent les familles à diversifier les itinéraires thérapeutiques (parapsychologues, tradi-thérapeutes, pasteurs, etc.) susceptible de résorber ces troubles de comportement. Cette observation a été faite par D. Tsokini (2008, p. 63) lorsqu'il parle de « l'interférence des pratiques curatives observées lors de la gestion sociale du trouble mental ».

2.6. Description clinique

Chez nos patients, on a pu observer un polymorphisme symptomatique quasiment incoordonné, notamment une diversité de symptômes dont aucun ne pouvait être pathognomonique. Ces symptômes peuvent à la fois appartenir à des registres psychotique, névrotique, parfois pervers ou psychosomatique.

Les études de cas permettent de constater la prévalence d'importantes difficultés dans la représentation de soi, probablement « une incertitude angoissée et persistante concernant les questions fondamentales comme l'image d'eux-mêmes, des objectifs accidentels ou essentiels de leur vie, des choix sexuels, moraux ou de carrière » (A. Bottéro et al. 1992, p. 207).

Chez nos patients, on a pu noter fréquemment le fait que l'activité émotionnelle est très intense et incontrôlable, en ce sens qu'elle est abondante, varie promptement considérablement, et se module entre l'humeur de base et l'humeur dépressive, notamment autour des sentiments habituels stables mais aussi et surtout au travers des sentiments d'intense colère, tristesse, et des sensations d'ennui profond.

Dans les dispositions d'humeur, la colère semble une dimension importante des affects dont nous croyons être liés au deuil dont Bowlby (1960) a souligné l'importance. Cette instabilité émotionnelle résulte sans doute du « vide fantasmatique, correspondant à un travail de sape de l'activité fantasmatique, celle qui produit des représentations et des affects et qui nourrit les processus de pensée » (C. Chabert et al, 2006, p. 102).

Le vacillement identitaire se laisse saisir au travers de quelques conduites bizarres. Il est question d'expressions affectives paradoxales et grossières pouvant se donner à lire de manière irrégulière en raison de la porosité identitaire. Tout se passe tel que ces patients fonctionneraient de manière irrégulière. Ces troubles affectifs résultent de la résurgence de la problématique des carences narcissiques sévères dont ils souffrent (A. Green, 1983 ; D. W. Winnicott, 1974).

2.6.1. La nature de l'angoisse

La manifestation clinique la plus constante est une vive angoisse qui s'est avérée être de type flottant, mal contenue et liée à la crainte de perdre l'amour ou l'appui ou encore l'assistance de l'autre. Cette observation souligne l'idée que « la problématique centrale des fonctionnements limites relève de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet » (C. Chabert, 2018, p. 135).

L'angoisse de séparation s'explique de manière générale par de sérieux problèmes d'attachement dont souffrent ces patients. Elle pourrait s'expliquer tout aussi par une symptomatologie mentale liée à une sorte de « dépression essentielle » (P. Marty, 1968), traduisant une irrégularité du fonctionnement mental ne favorisant pas une prise de conscience de cet état. Le contexte de la dépression essentielle apparaît à travers le constat général fait, celui du caractère sourdine de cette angoisse marquée par des éprouvés dépressifs récurrents, d'abandons, ou de profonde inquiétude souvent masquée dont R. Debray (2009) a su souligner l'importance. L'angoisse de séparation s'est avérée très indicatrice du diagnostic de nos patients d'autant que S. Freud (1984, p.325) décrivait dans les mêmes conditions le cas de l'homme aux loups qui « avait vu sa santé s'effondrer, était devenu tout à fait dépendant des autres et se trouvait désadapté à la vie au moment où il entreprit son traitement analytique ».

2.6.2. *La spécificité du syndrome dépressif*

Ce que nos cas nous ont apporté comme information basique, c'est d'abord le fait que les sentiments de faiblesse, d'impuissance ou d'incapacité sont fréquents. C'est un état d'esprit pathologique puisqu'on se sent toujours capable de faire quelque chose lorsqu'on est en bonne santé.

Le syndrome dépressif est fréquent et semble prendre l'aspect d'une modalité réactionnelle constante, c'est-à-dire qu'elle s'active « par perte d'objet » qui ne « remet pas fondamentalement en cause les repères et le sens de la vie du sujet » (D. Bourgeois, 2004, p. 60). Cette dépression est motivée par une angoisse qui dynamise quasiment toute la vie psychique du patient, laquelle angoisse étant de type de séparation se traduit par de sérieux problèmes d'attachement dont le sujet dénie parfois l'existence. L'on pourrait ainsi évoquer une symptomatologie mentale liée à une sorte de « dépression essentielle » traduisant un mode de fonctionnement mental qui ne favorise pas une prise de conscience de cet état (J. Bergeret, 1996 ; P. Marty, 1968). En outre, on a compris que la dépression apparaît dans les expériences d'abandon, de séparation réelle ou supposée, ce qui conforte l'hypothèse d'après laquelle « la dépression consiste dans l'intense fixation du sujet à la perte de l'objet autant qu'à l'objet perdu » (R. Kaës, 2009, p. 359).

La spécificité de cette dépression anaclitique peut ainsi se considérer comme une difficulté voire un échec de l'élaboration du deuil au sens de M. Klein (1934). Sous d'autres angles, le syndrome dépressif s'est aussi et surtout marqué par un état d'esprit dominé par des conceptions ou des convictions erronées par lesquelles le patient se considère comme mal-aimé, persécuté, vidé de substance, parfois objet de malédiction, de possession, etc. Cependant, contrairement aux points de vue de certains penseurs (D. Bourgeois, 2004), on n'a pas noté le ralentissement psychomoteur comme il se laisse habituellement constater dans la majorité des états dépressifs. Le patient a certes une humeur fluctuante, mais il est plutôt dans l'agir.

2.6.3. *Les troubles d'allure névrotique*

Nos cas font observer en partie et dans un contexte habituel, des symptômes relevant du registre apparemment névrotique. De fortes similarités ont été observées avec le corpus théorique décrit dans la

revue de la littérature (D. Bourgeois, 2004 ; C. Chabert, 2008 ; J. Bergeret, 1970). Ces troubles d'apparence névrotique sont aussi variés que possibles et correspondent aux symptômes polymorphes dont les plus courants sont entre autres : des troubles de caractère, des préoccupations hypocondriaques, des phobies, des symptômes hystériques, des obsessions ainsi que des tendances sexuelles inappropriées. Pas de différences majeures constatées avec les éléments de la revue de la littérature (B. Brusset, 2008 ; L. Brunet, 2010 ; O. Kernberg, 1979).

2.6.4. Les troubles d'allure psychotique

Pas de différences majeures par rapport aux éléments de la revue de la littérature. A la suite des événements existentiels potentiellement angoissants, la clinique de nos cas montre que des symptômes relevant du registre psychotique peuvent s'observer, notamment des symptômes délirants et de dépersonnalisation, ceci dans leur composante essentiellement réactionnelle. Nous avons constaté que ces troubles sont essentiellement liés à des épisodes psychotiques transitoires correspondant aux « accès maniaques aigus connus sous le nom de bouffée délirante et qui apparaissent soudainement sous sceau d'un délire polymorphe » (C. Azoulay, 2010, p. 239).

Si dans la psychose, « il y a rupture entre la Moi et la réalité. Le Moi tombe sous l'emprise du Ça et reconstruit la réalité (délire) conforme aux désirs du Ça » (J. Bergeret, 1996, p. 51), il n'en va pas de même chez l'Etat-limite congolais. Le Moi a dépassé les frustrations précoces du stade oral (auxquelles le psychotique reste fixé) et a buté sur le complexe d'Œdipe (J. Bergeret, 1974). Le Moi n'est cependant pas complètement dissout comme dans la psychose, mais il est affaibli et reste intermédiaire entre les possibilités de régression psychotique ou névrotique (J. Bergeret, 1970). Le Moi à ce moment accuse la défaillance chez l'état-limite, la fragilité des processus secondaires régis par le principe de réalité, peuvent laisser apparaître les mécanismes primaires ou archaïques (C. Chabert, 2018).

2.6.5. Les troubles d'allure psychopathique

Nous avons remarqué qu'ils sont vagues et se manifestent, dans les témoignages et dires des parents proches des patients, par des bizarreries de comportements (agressivité, impulsivité) qui équivalent aux attitudes « asociales » et dérangent l'entourage familial et/ou socioprofessionnel et comportent, à leur corps défendant, une certaine inaptitude, pour le sujet, à respecter les limites entre les désirs et liberté personnels par rapport à ceux d'autrui. Pour l'essentiel, ces troubles ont lien à l'impulsivité, aux tendances d'emprise sur l'autre et de recherche effrénée de satisfaction (J. Bergeret, 1996).

Ces troubles représentant, des expressions de la subjectivité en souffrance, ont une allure psychopathique en ce qu'ils sont épisodiques ou alors isolés, et leur spécificité apparaît dans la mesure où ils n'influencent pas les capacités du sujet à répondre aux exigences fondamentales du milieu social comme ceux observés dans la construction psychopathique avérée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas perte de l'avantage de saisir le sens. Toutefois, ces troubles posent de véritables problèmes d'adaptation sociale (C. Chabert, 2008).

2.6.6. Les stratégies défensives

Le constat fait est celui de la mobilisation d'un système de défense archaïque. Les éléments d'observation de J. Bergeret (1970, p.4), aident de manière telle qu'il « n'y aurait pas [...] de véritable refoulement, contrairement aux névroses ». Ce sont des stratégies défensives sont peu élaborées ou, dans le pire des cas, pauvres. Il est à noter que la persécution, l'anticipation, la méfiance, et l'expression somatique, à travers les plaintes corporelles récurrentes, restent les mécanismes défensifs majeurs.

Ces défenses étant pauvres, ne paraissent pas contenir l'angoisse, mais celles-ci semblent rendre difficile le compromis œdipien qui, ne semble pas avoir été correctement élaboré. Cela laisse supposer l'échec du refoulement qui ne tient pas efficacement.

Ce qui valide les éléments de la littérature qui font observer que « le processus de refoulement est défaillant, rendant prévalents les mécanismes à type de clivage, de déni, d'identification projective et de forclusion » (M. Emmanuelli & C. Azoulay, 2012, p. 94).

2.7. *Perspectives de prise en charge*

Avant de décrire les étapes nécessaires à la prise en charge **psychologie** de ces patients, il convient de souligner le fait qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques. Les manifestations cliniques colorant le tableau clinique de ces patients peuvent aussi se rencontrer dans la névrose et même dans la psychose. Ces constats rejoignent les observations des auteurs qui pensent comme C. Chabert (2008, p. 184) que « les fonctionnements limites constituent un mode d'organisation psychopathologique (...) relevant d'une grande diversité de manifestations caractérisées par une grande hétérogénéité ».

Les projets thérapeutiques devront être conçus en fonction de cette spécificité. De ce fait une bonne approche thérapeutique ne peut résulter que d'un processus diagnostique pertinent et persévérant, puisque comme l'article O. Kernberg (1979, p. 24), « l'organisation limite de la personnalité nécessite une approche thérapeutique spécifique qui ne peut découler que d'une étude diagnostique affinée ».

Les exhortations que nous espérons proposer, intègrent un modèle interculturel du processus de restauration du sujet, tenant compte du fait que « la thérapeutique des états-limites est toujours longue et difficile » (J-F. Guelfi et al. 2017, p. 30). Pour ce faire, il faut d'une part, observer quelques étapes, suivant les particularités de chaque cas (âge, son niveau d'instruction et problématique conflictuelle ou psychopathologique) et d'autre part, intégrer dans une perspective intégrative, les aspects psychoéducatifs et/ou cognitivo-comportementaux afin de résorber la souffrance.

Dans la première phase du processus, il faudrait identifier, tout d'abord, les facteurs d'inadaptation, notamment dans l'histoire du développement du sujet. Comme il est très souvent recommandé, « on recherchera particulièrement à l'interrogatoire et dans l'anamnèse de ces patients, des antécédents de traumatismes précoces subis au cours du développement, tels que les séparations, les carences affectives, pertes précoces, maltraitance, abus sexuels etc. » (J-F. Allilaire, 2012, p. 1353). Ce moment est très important pour la prise en des états-limites, en raison du fait que « la difficulté du traitement psychothérapique [...], tient souvent au fait que l'on ne tient pas compte de la composante narcissique du phénomène mis en avant dans la plainte » (D. Bourgeois, p. 61).

Ensuite, l'identification des supports d'étayage devra constituer un moment fondamental de la démarche thérapeutique, en ce sens qu'elle pourrait considérablement aider à enclencher le processus de restauration de l'économie émotionnelle et affectif du sujet. Le travail thérapeutique visera de ce fait « à travailler, à la faveur de la rencontre thérapeutique identificatoire, à la reconstruction de modalités relationnelles affectives suffisamment bonnes, que la maladie avait étouffées » (M. Emmanuelli & C. Azoulay, 2012, p. 102).

Ordinairement, l'accès complet à une antécédence presque intégrative est tardif, en ce sens que les patients acceptent difficilement un accompagnement dans la durée, bien qu'ils donnent à voir certaines ressources quant au besoin manifeste d'être entendus par le psychologue clinicien. Une chose dont nous sommes conscients est le fait que ces patients, certes différents les uns des autres, se caractérisent par quelques indicateurs communs, hormis la littérature descriptive et symptomatique qui leur est consacrée. Ils sont très exigeants sur le plan transférentiel, la relation de confiance ne s'établit véritablement qu'après un temps relativement long. Les somatisations de toutes sortes couronnent les premières plaintes et expriment très souvent en arrière-plan la pauvreté de la vie imaginaire, car le corps pour D. Fontana (1990) répond aux défis qui lui sont lancés, soit en faisant face et en rendant les coups. Il faut suffisamment du temps pour que s'établisse une relation de confiance. Et, c'est bien après que l'anamnèse révèle ce qui au départ n'était pas dit.

En conséquence, les défis pour le chercheur ou praticien évoluant en clinique congolaise seront de nature à bien maîtriser la dynamique transféro-contre-transférentielle dans laquelle se joue l'expérience relationnelle sur laquelle se fonde la démarche clinique, car c'est en effet comme le souligne Winnicott « le patient qui, continuellement apprend quelque chose à l'analyste ». A ce propos, Brusset pense que ce sont les effets de transfert qui « permettent de comprendre les effets thérapeutiques symptomatiques et aussi les échecs (les mises en échec) et l'insatisfaction, voire la souffrance dans la relation thérapeutique, dont font état les praticiens de ces méthodes » (B. Brusset, 1993, p. 207).

Finalement, faire prendre conscience du mal-être ainsi que ses conséquences au patient qui en éprouve l'atrocité restent un moment capital du processus thérapeutique. Cependant, le recours aux autres

paramètres socio-familiaux devra toujours être fait, car « la question de la prise de conscience et de ses effets constitue une interrogation majeure » (C. Chabert, 2008, p. 367).

Conclusion

Les états-limites tels qu'ils apparaissent au Congo correspondent à des personnes souffrant des troubles mentaux peu graves mais très complexes. Ils sont d'un grand polymorphisme de la symptomatologie qui induit d'importantes difficultés dans l'identité de soi et les relations. L'approche thérapeutique se montre tardive en raison de la dureté du diagnostic mais aussi aux modalités d'accompagnement des patients : ceux-ci se montrent exigeants sur le plan transférentiel.

Nous estimons, comme d'autres penseurs, que la souffrance de ces sujets est susceptible de se dévoiler sous différentes modalités psychiques ou sous l'apparence de divers troubles psychopathologiques dont essentiellement (troubles de caractère et de comportement). On constate que le comportement global des états-limites va de pair avec les difficultés d'accéder à une représentation de soi intègre (univers intérieur pauvre en ressources narcissiques).

Les troubles de la personnalité peuvent s'avérer précipitants, c'est-à-dire qu'ils peuvent contribuer à la résurgence des problématiques d'instabilité fonctionnelle. Chez les sujets jeunes dont l'âge varie entre 14 et 20 ans (40%) le cadre diagnostic demeure de plus en plus banalisé puisque les troubles de comportement observés sont imputables à l'adolescence (qualifiée de zone de turbulence) que traversent ces sujets. Alors chez les jeunes adultes (20-33 ans) c'est plutôt les troubles de caractère qui sont beaucoup observés. Les symptômes névrotiques remplissent, chez tous les sujets, une fonction défensive contre l'irruption de la psychose, ce qui donnerait à ces personnes une apparente adaptation à la réalité.

Bibliographie

ALLILAIRE Jean-François, 2012, « Troubles limites et personnalité « borderline : comment les reconnaître et les traiter ? », *Bull. Acad. Natle Méd.* 196 (7), 1349-1360.

- BERGERET Jean, 1970, « Les états-limites ». Encyclopédie médico-chirurgicale, C, 37395, A10.
- BERGERET Jean, 1972, *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- BERGERET Jean, 1996, *La personnalité normale et pathologique*, 3e éd., Paris, Dunod.
- BOTTERO Alain, 1992, *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Maloine.
- BOURGEOIS Didier, 2004, *Comprendre et soigner les états-limites*, Paris, Dunod.
- BUAKASA, Tulu Kia Mpasu, 1980, *L'impensé du discours : « kindoki » et « nkisi » en pays Kongo du zaïre*, Bruxelles : C.D.A.
- CHABERT Catherine & Benoit, 2008, *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF.
- CHABERT Catherine, 2008, *Traité de Psychopathologie adulte, Les Névroses*, Paris, Dunod.
- CHABERT Catherine, 2010, *Psychopathologie de l'adulte. Les Psychoses*, Paris, Dunod.
- CHILAND Colette, 1983, *L'entretien clinique* (6^e éd.), Paris, PUF.
- EMMANUELLI Michèle et AZOULAY Catherine, 2012, « Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent. Apports du bilan psychologique », In *Carnet/PSY, SCD*, Paris, Erès, (p. 79-102).
- FREUD Sigmund, 1984, *Les cinq psychanalyses*, Paris, PUF.
- GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, 2014, *La représentation sociale du psychologue clinicien dans les centres hospitaliers de Brazzaville : identité et appartenance*, Thèse de doctorat unique de Psychologie Pathologique et Clinique, sous la direction de Dieudonné Tsokini, Maître de conférences, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, République du Congo, 444 p.
- GREEN André, 1982, « La double-limite », *Nouvelle Revue de Psychanalyse* (25), p. 267-283.
- GREEN André, 1983, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit.
- GREEN André, 1993, *Le travail du négatif*, Paris, Minuit.
- KAËS René, 2009, « Les dépressions conjointes dans les espaces psychiques communs et partagés », In *psychopathologie de l'adulte, Narcissisme et dépression* (Vol.3, p. 351-416). Paris, Dunod.

- MISON TSA Durrel, 1994, « Réflexions d'un psychiatre à Brazzaville ». In *Psychopathologie africaine*, XXVI, 2, 258-262.
- MOUZINGA-KIMBAZA Patient Bienvenu, 2014, *La problématique de l'emprise psychologique sur les enfants dits sorciers*. Mémoire de master recherche en psychologie pathologique et psychologie clinique, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, République du Congo, 119 p.
- MOUZINGA-KIMBAZA Patient Bienvenu, 2019, *L'état-limite : questionnement autour de cette entité nosologique en clinique interculturelle au Congo-Brazzaville*. Thèse de doctorat unique de Psychologie Clinique et Psychopathologie, sous la direction de Dieudonné Tsokini, Professeur des universités, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, République du Congo, 325 p.
- SAMBA Denis, 2004, *Le vécu délirant à travers le Rorschach. Phénomènes structuraux et contexte culturel. Analyse phénoméno-structurale*. Thèse d'Etat ès lettres et sciences humaines, vol.3, (inérite), Université de Lille, Paris.
- TSOKINI Dieudonné, 2008, *Psychologie clinique et santé au Congo*. Paris, L'Harmattan.