

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 164

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Claire GORZEGNO
née le 19/03/1984 à Nice

Présentée et soutenue publiquement le 30/10/2012

**UNE LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE DU TROUBLE DE PERSONNALITE
BORDERLINE : de la clinique à la thérapeutique**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Dr Sylvain LAMBERT

*« Ma vie, qu'est ce que j'en connaissais ?
Et la vie, toi, qu'est ce que tu en connais ?
Et lui, là, est ce qu'il la connaît - sa vie ? »*

RAYMOND QUENEAU, *Chêne et chien*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	p12
I. PREMIERE PARTIE : LE TROUBLE BORDERLINE, UNE QUESTION DE LIMITES.....	p14
I.A. FRONTIÈRES HISTORIQUES.....	p14
I.A.1. Le concept borderline au début du XXème siècle : une entité difficilement individualisée.....	p14
I.A.2. Les années 1970 : les frontières repoussées par la psychanalyse.....	p16
I.A.3. Les frontières imposées par la psychanalyse	p18
I.A.4. À partir de 1980 : les frontières relayées par le champ psychiatrique.....	p20
I.B. FRONTIÈRES DES CLASSIFICATIONS.....	p23
I.B.1. L'approche catégorielle.....	p24
I.B.2. L'approche dimensionnelle.....	p25
I.B.3. Le DSM-V au cœur du débat.....	p26
I.B.4. Classifications diagnostiques : quelles frontières épidémiologiques et cliniques avec l'axe I et l'axe II ?.....	p27
I.B.4.a. Frontières avec l'axe I.....	p27
I.B.4.b. Frontières avec l'axe II.....	p28
I.B.5. Particularité du diagnostic à l'adolescence.....	p30
I.B.6. Bilan des classifications.....	p32
I.C. FRONTIERES DE TERMINOLOGIES.....	p32
I.D. FRONTIERES DE L'ETIOPATHOGENIE.....	p34
I.D.1. Perspectives psychanalytiques	p34
I.D.2. Vulnérabilité génétique et dysrégulation neurobiologique.....	p36
I.D.3. Données de la neuroimagerie : hypothèse d'un substrat organique.....	p40
I.D.4. Données de la neurophysiologie.....	p41
I.D.5. Apport cognitiviste.....	p42
I.D.6. Facteurs psychosociaux.....	p43
I.D.7. Vers la construction de l'hypothèse bio-psycho-sociale.....	p44
I.D.8. Théorie de l'attachement	p46
I.E. FRONTIERES DE STRUCTURES.....	p49
I.F. FRONTIERES DES CHAMPS THERAPEUTIQUES.....	p51
I.F.1. Chimiothérapie	p52

I.F.1.a. Les antidépresseurs.....	p53
I.F.1.b. Les neuroleptiques.....	p54
I.F.1.c. Les anti-convulsivants (carbamazépine et acide valproïque)	p54
I.F.1.d. Les benzodiazépines.....	p55
I.F.2. Thérapies intégratives comportementales.....	p56
I.F.2.a. Thérapie comportementale dialectique : TCD	p56
I.F.2.b. Thérapie des schémas : TOS.....	p57
I.F.3. Thérapies intégratives d'inspiration psychanalytique.....	p58
I.F.3.a. Thérapie centrée sur le transfert : TCT.....	p58
I.F.3.b. Thérapie basée sur la mentalisation : TBM.....	p59
I.F.4. Thérapies systémiques : SERP.....	p60
I.G. CONCLUSION.....	p61

II. DEUXIÈME PARTIE : LES SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX.....p64

II.A. DELIMITATION DU CHAMP DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX.....	p64
II.A.1. « critère n°4 = Impulsivité dans au moins 2 domaines dommageables pour le sujet ».....	p65
II.A.1.a. Impulsivité et passage à l'acte.....	p66
II.A.1.b. Impulsivité et conduites de dépendance.....	p67
II.A.2. Critère n°5 : automutilations et tentatives de suicide répétées.....	p73
II.A.2.a. Automutilations et trouble borderline.....	p73
II.A.2.b. Suicide et trouble borderline.....	p76
II.B. ASSOCIATION ENTRE AUTOMUTILATION ET SUICIDE.....	p80
II.C. HYPOTHÈSES NEUROBIOLOGIQUES DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX.....	p83
II.C.1. Circuit sérotoninergique	p83
II.C.2. Autres systèmes.....	p84
II.C.3. Le cholestérol.....	p85
II.D. ILLUSTRATION PAR NEUROIMAGERIE DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX.....	p85

II.E. DEUX FILS CONDUCTEURS A CETTE CLINIQUE : L'ANGOISSE ET LA DEPRESSIVITÉ.....	p86
II.E.1. L'angoisse.....	p86
II.E.2. La dépressivité.....	p87
II.F. CONCLUSION.....	p88
III. TROISIÈME PARTIE : PROPOSITION D'UNE ARTICULATION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE PAR L'HYPOTHÈSE DES NOYAUX.....	p90
III.A VERS UNE LECTURE DU FONCTIONNEMENT LIMITE.....	p92
III.A.1 Les enjeux du fonctionnement limite.....	p92
III.A.2 Les mécanismes de défense.....	p94
III.A.2.a Le clivage.....	p95
III.A.2.b L'idéalisation primitive.....	p97
III.A.2.c L'identification projective.....	p98
III.A.2.d Le déni.....	p99
III.A.2.e La mise en actes.....	p99
III.A.2.f L'omnipotence et la dévalorisation.....	p100
III.A.2.g Conclusion.....	p100
III.A.3 La relation d'objet	p102
III.A.3.a Défaut de l'imaginaire et du préconscient	p102
III.A.3.b Défaut d'élaboration de la position dépressive et de la triangulation oedipienne	p103
III.A.3.c Défaut d'étayage précoce.....	p104
III.A.3.d. Bilan des relations d'objet.....	p104
II.A.4 Conclusion : vers les noyaux de l'état limite.....	p105
III.B NOYAU DE L'AGIR.....	p108
III. B. 1. Concepts et ouvertures.....	p109
III.B.1.a Intérêt de la notion d'enveloppe psychique.....	p109
III.B.1.b BION et le modèle du « contenant-contenu »	p109
III.B.1.c BICK et le modèle de « la seconde peau musculaire »	p111
III.B.1.d ANZIEU et le modèle du « Moi-peau »	p112
III.B.2 Conséquences chez les états limite.....	p115
III.B.2.a Sur la relation thérapeutique.....	p115

III.B.2.b Sur le noyau de l'agir.....	p116
III.B.3 les fonctions du noyau de l'agir	p117
III.B.3.a La douleur.....	p117
III.B.3.b L'agressivité.....	p120
III.B.3.c Le trauma.....	p123
III.B.3.d L'agir à valeur de communication.....	p127
III.B.3.e Fonction sociale.....	p131
III.B.4 Conclusion	p131
III.C. MAEVA, 20 ANS.....	p132
III.C.1 Contexte clinique de la rencontre	p132
III.C.2 Eléments anamnestiques.....	p135
III.C.3 Rencontre avec son père.....	p136
III.C.4 Parcours de soins.....	p137
III.C.4.a La pédopsychiatrie	p138
III.C.4.b L'addictologie	p140
III.C.4.c L'appel du secteur.....	p141
III.C.5 Pendant l'hospitalisation.....	p142
III.C.6 Bilan des noyaux.....	p144
III.C.7 Objectifs de l'hospitalisation.....	p147
III.C.7.a L'aménagement du cadre	p147
III.C.7.b Médiation corporelle.....	p148
III.C.7.c Prise en charge de secteur.....	p150
III.C.8 Réflexion contre-transférentielle.....	p151
III.D NOYAU ADDICTIF.....	p153
III.D.1 Addiction, dépendance et état limite.....	p153
III.D.2 Hypothèses étiologiques de l'addiction.....	p155
III.D.2.a Théorisation de la séparation par le concept de déséquilibre narcissico- objectal (P. JEAMMET).....	p156
III.D.2.b La régression à l'incorporation (P. GUTTON).....	p161
III.D.2.c La transitionnalité (J. MCDOUGALL).....	p163
III.D.2.d Les conduites ordaliques (modèle de A. CHARLES-NICOLAS et M. VALLEUR).....	p165
III.D.3 Bilan du noyau addictif.....	p169
III.D.3.a Le corps : un pont entre noyaux.....	p171

III.D.3.b Conséquences de la répétition: l’agir en retour.....	p172
III.D.3.c Compulsion de répétition.....	p172
III.D.3.d Liens avec le noyau dépressif	p173
III.E MME L., 32 ANS.....	p174
III.E.1 Contexte clinique.....	p174
III.E.2 Anamnèse.....	p175
III.E.3 Ma rencontre avec elle.....	p179
III.E.4 Aspects dynamiques.....	p182
III.E.5 Le noyau addictif.....	p184
III.E.6 Prise en charge.....	p187
III.F. NOYAU « DEPRESSIF-LIMITE».....	p194
III.F.1 Introduction au concept de noyau « dépressif-limite ».....	p194
III.F.2 Dépressivité.....	p196
III.F.2.a Conséquences d'un point de vue économique.....	p196
III.F.2.b Une dépressivité hétérogène.....	p197
III.F.3 la théorie de la dépression-limite selon Bergeret.....	p198
III.F.3.a Psychogénétique.....	p198
III.F.3.b Apports des autres théories sur la dépression.....	p201
III.F.4 Formes cliniques de la dépression-limite	p202
III.F.4.a Difficultés relationnelles.....	p203
III.F.4.b Angoisse.....	p203
III.F.4.c Déclinaisons cliniques.....	p204
III.F.5 La dépression essentielle.....	p206
III.F.5.a Introduction au concept.....	p206
III.F.5.b Clinique.....	p207
III.F.5.c Aspects psychopathologiques.....	p208
III.F.5.d Evolution de la dépression essentielle.....	p210
III.F.5.e En conclusion.....	p211
III.F.6 Liens entre dépression-limite et dépression essentielle.....	p212
III.F.6.a Une origine commune: le primat de la dépression anaclitique ?.....	p212
III.F.6.b Divergences : la permanence de l’angoisse et l’absence de clivage.....	p214
III.F.7 Noyau « dépressif-limite » et Episode Dépressif Caractérisé.....	p214
III.F.8 Conclusion.....	p215

III.G. CHRISTOPHE, 28 ANS.....	p216
III.G.1 Rencontre avec Christophe.....	p216
III.G.2 Enjeux psychoaffectifs	p217
III.G.3 Parcours de soins.....	p219
III.G.4 Clinique.....	p219
III.G.5 Eléments génétiques.....	p222
III.G.6 Eléments dynamiques.....	p227
III.G.7 Perspectives de soins.....	p232
III.H. POUR UNE LECTURE EN NOYAUX.....	p235
IV. QUATRIÈME PARTIE : PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES.....	p238
IV.A. CONSTATS ET RESUMÉS DES GUIDELINES.....	p238
IV.A.1. L'évaluation.....	p239
IV.A.2. Les indications d'hospitalisation	p239
IV.A.3. Le contrat de soin préalable.....	p240
IV.A.4. Stratégie plusridisciplinaire.....	p242
IV.B. UNE THERAPIE PAR LA RELATION A LA MESURE DE LA PATHOLOGIE DU LIEN.....	p243
IV.B.1. L'alliance	p243
IV.B.1.a. Intérêt du travail sur l'alliance thérapeutique.....	p243
IV.B.1.b. Obstacles à l'alliance.....	p244
IV.B.1.c. Comment assurer une bonne qualité d'alliance collaborative ?.....	p245
IV.B.2. Les attaques du cadre.....	p246
IV.B.2.a. Ruptures.....	p246
IV.B.2.b. Régression.....	p246
IV.B.3. Obstacles à la relation thérapeutique.....	p247
IV.B.3.a. D'une demande relationnelle toute en ambivalence.....	p247
IV.B.3.b. Du brouillage des places.....	p248
IV.B.3.c. D'une demande relationnelle hétérogène.....	p248
IV.B.3.d. D'une inadéquation des savoirs et des savoir-faire.....	p250
IV.B.4. Le contre-transfert.....	p250
IV.B.5. Conclusion : les gages d'une relation thérapeutique durable.....	p252
IV.C. LE CADRE THERAPEUTIQUE.....	p253
IV.C.1. Une évaluation en miroir de la psychopathologie.....	p253

IV.C.2. Variation selon les noyaux.....	p254
IV.C.3. Intérêt du réseau.....	p256
IV.D. UNE PRATIQUE PLURIELLE POUR UNE PRISE EN CHARGE UNIQUE.....	p258
IV.D.1. Diversité des outils.....	p258
IV.D.1.a. Médiations : un outil éprouvé.....	p258
IV.D.1.b. Pour la famille : l’outil systémique.....	p261
IV.D.1.c. Pour les équipes : l’outil institutionnel.....	p261
IV.D.1.d. Pour la relation thérapeutique : l’outil préventif.....	p262
IV.D.2. Complémentarité des espaces.....	p262
IV.D.2.a. Hospitalisation à temps plein.....	p263
IV.D.2.b. Suivi ambulatoire.....	p263
IV.D.2.c. Hôpital de jour.....	p264
IV.D.2.d. Un espace intégratif spécialisé : le soin-étude.....	p264
IV.D.3. Diversité des temporalités.....	p265
IV.D.4. Diversité des intervenants.....	p266
IV.E. QUE DEDUIRE DE L’ ARTICULATION ENTRE NOYAUX ET SOINS ?.....	p266
CONCLUSION.....	p271
BIBLIOGRAPHIE.....	p274

INTRODUCTION

L'idée de ce travail s'est façonnée autour de rencontres qui ont émaillé mon parcours clinique, de questions qui ont traversé des réunions de synthèse et d'un constat interrogatif qui s'est imposé de lui-même au cours de mon internat : « Que soigner dans le trouble borderline ? ». Il m'a semblé que comprendre ces patients était un préambule indispensable pour oser les soigner.

Nous rencontrerons ainsi trois d'entre eux pour guider notre réflexion. Certains ne seront restés que peu de temps en hospitalisation, mais leur histoire et surtout les émotions qu'ils ont suscitées auprès de l'équipe ont servi de point de départ à une réflexion thérapeutique institutionnelle, que j'ai souhaité transmettre en partie ici.

Cette démarche propose d'envisager le trouble de personnalité borderline à travers ses aménagements cliniques les plus fréquents et bruyants, et d'introduire dans quelle mesure ils offrent la possibilité de dégager le sens lacunaire du fonctionnement psychique du sujet, pour guider ainsi notre investissement dans la relation thérapeutique.

Nous identifierons au préalable les niveaux du champ concerné, c'est-à-dire les frontières du trouble de personnalité borderline : frontières historiques rendant compte des liens étroits entretenus avec la psychanalyse, frontières sémantiques et étiologiques reflétant les différents points de vue, et frontières thérapeutiques afin de prendre la mesure de la pluralité des techniques actuelles.

Ce repérage permettra de penser la dialectique borderline/état limite en miroir de l'articulation entre symptômes et narcissisme, pour mieux cerner dans notre deuxième partie notre voie d'abord clinique, constituée par l'analyse des manifestations comportementales.

La troisième partie développera, à l'aide des trois illustrations cliniques, un mode de lecture de cette articulation entre symptômes comportementaux et fonctionnement psychique, à partir de

l'hypothèse des noyaux. Noyaux de l'agir, addictif et dépressif se complètent ainsi dans des combinaisons mouvantes, pivotant autour du narcissisme et ses avatars, afin de permettre au clinicien d'accéder à une représentation plus distincte des comportements ponctuels, de la trajectoire de vie et in fine de la prise en charge du sujet. Nous en déduisons alors de quelle manière la pluralité apparente des outils, temporalités et espaces à disposition peut se penser de façon individuelle appropriée pour chacun de nos patients. La prise en charge tiendra compte à la fois de la carence narcissique fondatrice de ces personnalités, mais aussi de leurs aménagements fonctionnels, en les replaçant dans une perspective relationnelle riche de sens et d'expérience.

I. PREMIERE PARTIE : LE TROUBLE BORDERLINE, UNE QUESTION DE LIMITES

« Il nous faut donc considérer la limite comme une frontière mouvante et fluctuante dans la normalité comme dans la pathologie. La limite est peut être le concept le plus fondamental de la psychanalyse moderne. »

GREEN (1)

L'élaboration d'un travail alliant théorie et pratique centrées sur le trouble borderline, l'une des entités psychiatriques les plus controversées à l'heure actuelle, ne peut faire l'économie d'une délimitation de ses frontières, au sens d'abord topologique. Ce repérage est primordial, car il pose la question d'une identité diagnostique propre à cette entité à la limite du normal et du pathologique. Il nous confronte à nos propres limites de cliniciens. Comment pouvoir par exemple donner un sens à l'articulation entre symptômes et fonctionnement sous-jacent, alors que la multiplicité des termes lexicaux qui s'y rapportent concurrence celle des descriptions ? Le diagnostic de trouble de personnalité borderline fait référence à un concept, dont la pluralité des facettes reflète un polymorphisme clinique et psychopathologique à l'origine de bien des confusions. En délimitant le champ de sa définition, de ses appellations et de ses soubassements étiopathogéniques, nous pourrions déterminer les frontières du trouble, au sein desquelles notre lecture clinique pourra se déployer et se parachever dans les voies thérapeutiques que nous aurons déterminées.

I.A. FRONTIÈRES HISTORIQUES

I.A.1. Le concept borderline au début du XXème siècle: une entité difficilement individualisée

Le XVIIIème siècle s'est érigé comme celui de la découverte des névroses, terme inventé par CULLEN puis introduit en français par PINEL, pour désigner initialement toute maladie du système nerveux sans base organique connue. Puis le XIXème avec ESQUIROL a conduit à la description initiale des psychoses à partir de l'interprétation de déficits variables de l'intelligence. C'est à cette époque, à la fin du XIXème siècle, que HUGHES s'est emparé le premier d'une nouvelle description d'un « **état à la frontière de la folie** » (2). Avec lui, le **terme** « borderline » est entré dans la littérature médicale en 1884 aux Etats-Unis pour désigner des cas de symptômes physiques survenant au cours d'affections psychiatriques. « *L'état frontière (« borderline ») de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne tantôt d'un côté, tantôt de l'autre* ». Ce terme n'a ensuite plus été employé jusqu'aux années 1940.

A l'instar des tâtonnements ayant traversé les concepts de névrose et psychose pour aboutir aux définitions actuelles, le trouble borderline a lui aussi vu ses définitions remaniées à travers les années. Le XXème siècle se fonde sur la confrontation entre les approches franco-germaniques, d'abord structural et les approches anglosaxonnes, d'abord sémiologique descriptif, attachées à l'observation directe des patients. Mais quelle que soit l'approche, le fond de la réflexion nosographique de cette époque met en évidence **l'impossibilité de considérer ce trouble comme relevant d'une structure autonome, distincte du groupe des schizophrénies**. Certains auteurs ont cheminé afin de modéliser plus concrètement ces entités de l'entre-deux : MAGNAN, KRAEPELIN, KAHLBAUM, KRETSCHMER ou EY en sont les principaux acteurs. En décrivant la « *schizonévrose* », ce dernier a ainsi adopté une position partagée en psychiatrie. Sur un fond de schizoïdie, peut se produire une évolution non

plus lentement progressive, mais explosant par poussées successives entre lesquelles le sujet, guéri de sa poussée psychotique, reprend l'existence névrotique. EY, par cette définition, a distingué un mode névrotique en tant que mode d'existence inhabituel du sujet, et un mode psychotique qui éclatait en bouffées délirantes dans une phase de désorganisation. Cette « *schizonévrose* » a constitué en fait selon certains auteurs comme CHABERT, une **prédéscription de l'état limite**, issue de l'expérience clinique et de la réflexion nosographique (3). A partir de là, d'autres termes voient le jour: la « *schizophrénie ambulatoire* », la « *schizophrénie pseudo névrotique* », les « *états mixtes et transitionnels schizophréniques* », autant de termes désignant des états frontières de la nosologie, dont la description clinique s'accorde avec celle actuelle des états limite, mais qui ne parviennent pas à se détacher du groupe des psychoses. Cela traduit également la réticence de leurs auteurs à authentifier l'existence d'une troisième structure autonome ou de formes de transition entre psychose et névrose.

Puis, à l'abord de la seconde guerre mondiale, les anglosaxons ont progressivement retravaillé le concept à partir des constats émergents au cours des cures psychanalytiques, pour y associer une organisation bien particulière.

I.A.2. Les années 1970 : les frontières repoussées par la psychanalyse

Grâce aux expériences issues de la cure-type, de riches observations et réflexions ont concouru à progressivement **individualiser** l'entité nosographique « *borderline* » **de la schizophrénie**.

Le concept de pathologie *borderline* réapparaît ainsi vers 1940 aux Etats-Unis, dans l'idée de se distinguer de la névrose et de la psychose. La démarche anglo-saxonne trouve ses origines dans la constatation, au décours de cures analytiques chez des patients apparemment névrotiques, d'un **transfert particulier** altérant gravement la relation patient-thérapeute, semblable à celui des patients psychotiques. Cette nouvelle clinique, dont l'objectif principal

n'est plus la recherche d'éléments sémiologiques utilisables dans le cadre d'un repérage nosologique précoce de la schizophrénie, surgit, comme l'a souligné ALILLAIRE, « de la situation analytique dans tout ce qu'elle a de particulier quant au mode de communication et à la position des protagonistes de la relation » (4).

En 1936, STERN réemploie le premier le terme de « borderline » et repère le sentiment d'insécurité diffuse des patients avec une hypersensibilité et une altération de l'estime de soi, qu'il rapporte à la sévérité d'une blessure narcissique (2). Il s'interroge sur la pertinence de la cure psychanalytique pour ces patients, dont la **sensibilité aux interprétations** dans le cadre de la thérapie, perçues comme des critiques, bloqueraient le courant associatif.

Dans cette même période, DEUTSCH décrit chez ces patients des **distorsions des relations d'objets internalisés**, avec un manque d'authenticité dans leur relation à autrui mais qui donnent superficiellement l'illusion de la normalité. Elle évoque la notion de personnalité « *as if* » qui sera reprise par WINNICOTT avec le concept de faux-self (5). Les personnalités « *as if* » sont des cas dans lesquels la relation émotionnelle de l'individu avec le monde extérieur et avec son propre moi apparaît appauvrie ou absente. Ces personnalités, du point de vue de l'observateur, donnent l'impression que l'ensemble des relations manque de naturel. Quoique paraissant normales de l'extérieur, dépourvues de trouble de conduite, avec des capacités intellectuelles intactes, des expressions émotionnelles appropriées, ces personnes ont quelque chose d'intangible et d'indéfinissable qui amène toujours à se demander ce qui ne va pas chez eux, ce qui manque d'authenticité (6).

En 1959, SCHMIDEBERG décrit l'état limite comme une organisation stable dans l'instabilité, limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et des psychopathies. Elle insiste sur le défaut de **modulation émotionnelle** et de **tolérance à l'angoisse** et leur **tendance à l'agir** destinés à lutter contre le **vide intérieur**.

MODELL, en 1963, propose la métaphore du porc-épic pour caractériser un mode de **relation anaclitique** coexistant avec une « angoisse du rapproché ». « *Dormir assez près de ses congénères pour prendre au contact de leur corps la chaleur dont il a besoin, tout en maintenant une distance suffisante qui lui évite d'être percé de leurs piquants* » (2).

En 1968, GRINKER identifie un syndrome spécifique stable, avec quatre composantes fondamentales : **l'agressivité**, le mode de relation **anaclitique**, le trouble de **l'identité** et une forme particulière de **dépression**. Grâce aux affects mis en jeu dans la relation thérapeutique, il individualise quatre sous-groupes de patients : les états limite psychotiques, le noyau de l'état limite, les personnalités as if, et les états limite névrotiques.

➔ Ces différents auteurs ont ainsi contribué au repérage clinique d'un ensemble de patients dont la description les situait aux frontières des registres nosologiques jusqu'alors réduits à psychose ou névrose. La question de l'état limite a été progressivement domptée par la psychanalyse pour s'autoriser à repousser les frontières historiques.

A l'époque où la domination du paradigme psychanalytique assignait les patients névrosés à un traitement, c'est-à-dire à une cure, et contre-indiquait toute perspective de traitement à la psychose, l'individualisation des états limite du groupe des psychoses a autorisé à penser la cure psychanalytique possible pour ces patients.

I.A.3. Les frontières imposées par la psychanalyse

La description d'une organisation de personnalité particulière ouvre deux perspectives : poser les bases de ce qui deviendra un trouble de personnalité à part entière mais aussi permettre l'aménagement de la cure-type. Ainsi, la psychanalyse se mue au service d'une défense du concept d'état limite, afin d'en préciser les spécificités thérapeutiques. Mais elle se heurte alors à ses propres limites, obligeant à repenser les conditions de la cure.

Les travaux de KERNBERG ont constitué la plus importante des contributions psychodynamiques à la définition de l'état limite et ses ouvertures. Cet auteur a effectué une analyse complexe des aspects structurels du Moi dans ce trouble et a relié ces concepts à une théorie générale multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité. En préférant le terme d'« **organisation** » à celui d'« état », il a classé de façon hiérarchique ces niveaux d'organisation allant de la normale aux névroses et aux psychoses, les états limite étant situés en position intermédiaire (7). En repérant particulièrement les défenses à l'œuvre, il a proposé une modification de la technique de FREUD de la cure pour la réadapter aux patients limite. Ses conceptions seront reprises par MASTERSON qui s'est particulièrement appuyé sur la **question abandonnique** dans la cure.

En France, BERGERET a développé une théorie générale de la construction limite de la personnalité, craignant que le « groupe des états limite ne devienne rapidement un vaste fourre-tout » (8). Mais contrairement à KERNBERG, il préfère parler d'« **astructuration** ». Cet auteur a considéré l'état limite comme une « troisième lignée psychopathologique » intermédiaire entre névrose et psychose, sans symptôme névrotique ni décompensation psychotique franche. À partir de ce qu'il a nommé « le tronc commun de l'état limite », il a décrit un certain nombre de formes cliniques évolutives, plus ou moins proches des névroses ou des psychoses, des formes aménagées de type caractériel ou pervers et des formes de sénescence. Il a posé les jalons de l'importance première de la phase narcissique de leur évolution affective et relationnelle à privilégier dans la cure, veillant à ne considérer la phase « objectale et oedipienne dans l'échange avec l'autre que dans un second temps » (9).

Un peu plus tard, WIDLÖCHER a privilégié le terme d'« **organisation** » à celui de structure. Il a distingué les états limite du conflit névrotique par leurs modalités de représentation de Soi

et des objets (perçues et traitées comme telles par le patient névrotique, fonctionnant comme des parties de Soi, des « introjects » chez le patient limite). Il a également différencié l'organisation limite des organisations psychotiques grâce à des critères négatifs (absence de confusion entre le monde extérieur et intérieur et absence de dissociation de l'appareil psychique). Il a souligné enfin le rôle décisif des **mécanismes de projection** dans la gestion par le patient de ses relations interpersonnelles et dans ses passages à l'acte, en particulier dans la relation thérapeutique (10).

→ *Une frontière façonnée par la psychanalyse :*

Organisation, astructuration, état, structure, quel que soit l'angle d'abord, quelque chose de l'ordre d'un **fonctionnement pathologique** dépendant de facteurs constants a éclos. Les bases d'un fonctionnement psychique spécifique aux patients borderline sont posées, et incluent un rapport à la réalité préservé, un Moi affaibli, une lutte douloureuse contre les angoisses et la dépression, et un retour à des mécanismes de défenses archaïques.

De plus, le repérage de ces mécanismes permet de réaborder la prise en charge à la mesure des écueils du fonctionnement, afin de faciliter et d'adapter l'abord de la cure psychanalytique.

I.A.4. À partir de 1980 : les limites relayées par le champ psychiatrique

* *Intérêts :*

C'est en 1980 que le trouble de personnalité borderline entre officiellement dans le DSM III. La psychiatrie s'est emparée du concept pour le définir en dehors de toute référence à la psychanalyse. Cette période est marquée par l'avènement de la psychiatrie descriptive et la psychopharmacologie. GRINKER, défenseur de la psychiatrie « empirique » développe des critères discriminants, favorisant l'entrée dans le DSM III de l'intitulé « trouble de la personnalité borderline ». L'intérêt de cette individualisation réside dans la possibilité pour les

cliniciens de **partager un langage commun** et **d'alimenter les perspectives de recherche** et de prises en charge du trouble. Le contraste frappe d'emblée : avant 1980, quinze travaux portant sur le trouble borderline sont publiés. Entre 1980 et 1990, plus de deux-cent-soixante-quinze voient le jour.

La tendance est passée progressivement d'un ensemble de symptômes à l'établissement **d'un véritable trouble de personnalité**. La psychiatrie biologique a progressé, et les études se sont multipliées pour développer des systèmes de mesures de la validité du trouble. Dans ce contexte, GUNDERSON développe des **critères standardisés**, suivi par d'autres auteurs (AKISKAL, POPE) attachés à dégager des constellations de traits ou des critères fondamentaux considérés comme étant les plus spécifiques possibles du désordre concerné. (11).

*** Obstacles :**

Malgré ces perspectives encourageantes, le trouble borderline souffre d'une vision assez péjorative. D'une part, elle subit des positions très divergentes. Certains psychiatres ont même avancé que ce trouble a été inclus dans le DSM III uniquement à visée conciliatrice afin d'apaiser les tensions entre psychanalystes. D'autre part, les frontières avec les troubles de l'axe I demeurent encore floues et beaucoup considèrent le trouble borderline comme une forme atypique de dépression. AKISKAL a écrit : « *''borderline'' était un adjectif à la recherche d'un nom, et dans la plupart des esprits, ce nom était '' dépression''* » (11). A cela s'ajoutent les données émergentes sur la question du trauma, les préoccupations féministes autour du concept de borderline et les problèmes chroniques prétendument imputés à la psychothérapie dont l'accumulation entretient une vision péjorative du trouble.

*** Ouvertures :**

Malgré ces difficultés à se dégager des clivages interdisciplinaires, les perspectives critériologiques progressent et s'imposent pour accompagner la transition vers le **DSM-IV**. La révision en 1987 du DSM III n'a que peu modifié la description de la personnalité borderline. Le DSM-IV en 1994 en a proposé en revanche des modifications plus consistantes avec, notamment, l'intégration au sein des critères diagnostiques des perturbations cognitives transitoires liées au stress. Le critère explorant les perturbations identitaires, jugé insuffisamment spécifique, a fait l'objet d'une redéfinition. La notion d'ennui chronique a, quant à elle, été supprimée.

Cette définition le présente comme un syndrome cohérent, **distinct à la fois des troubles schizophréniques et des troubles dépressifs**. La comorbidité dépressive n'est pas niée, mais le trouble borderline n'est définitivement plus considéré comme une variante de la dépression.

Au final, la personnalité borderline est définie dans le DSM-IV-TR par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec impulsivité marquée comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes (12):

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- mode de relations interpersonnelles instables intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique)

intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours)

- sentiment chronique de vide
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère courante ou bagarres répétées)
- survenue transitoire dans des situations liées au stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

En France, la CIM10 a adopté à peu près la même définition, sauf en ce qui concerne les épisodes de type psychotiques, qui n'y sont pas inclus.

→ En conclusion, l'implication du champ de la psychiatrie a permis de se dégager de certains obstacles : elle a posé un cadre aux symptômes, a intégré des hypothèses explicatives et a revalorisé les voies de recherche. Mais, à l'orée des années 2000, la question centrale demeure celle de **la validité du diagnostic**, en particulier pour aider à prédire des situations cliniques complexes, à améliorer les approches thérapeutiques, ainsi qu'à préciser les hypothèses sur l'étiopathogénie du trouble. En effet, si le DSM-IV revendique une posture athéorique, le paradigme neurobiologique prend de l'ampleur et la validité du trouble demeure sans cesse remise en question devant la précarité des modèles étiopathogéniques, neurobiologiques et l'absence de pharmacothérapie spécifique.

I.B. FRONTIÈRES DES CLASSIFICATIONS

Cette rétrospective historique nous incite à prendre la mesure des débats qui animent aujourd'hui la question de la place et de la reconnaissance du trouble dans les classifications internationales. En effet, il est question de discuter de **l'appartenance du trouble borderline au champ des troubles de personnalité**, et de souligner **l'ambiguïté des frontières avec le**

trouble bipolaire. Ces questions pointent la nécessité de se positionner sur l'abord symptomatique : en repérant les frontières proposées par les classifications, nous déterminerons la tendance actuelle, à tonalité polémique, entre dimensionnel et catégoriel. Puis nous préciserons les données cliniques propices au repérage des frontières diagnostiques avec les comorbidités de l'axe I et de l'axe II.

I.B.1. L'approche catégorielle

L'approche des classifications internationales choisie par la plupart des auteurs limite la décision clinique à la question suivante : **le sujet est-il ou n'est-il pas borderline ?** Cette option a le mérite d'être plus conforme au modèle médical et d'aider à la décision diagnostique et thérapeutique, mais elle induit pour certains des incertitudes concernant les limites entre pathologie borderline et autres troubles de la personnalité, pathologie borderline et troubles de l'humeur, pathologie borderline et normalité. De plus, il existe une importante **hétérogénéité des critères diagnostiques**. Ainsi, il existe 125 façons distinctes de répondre à ce diagnostic si l'on s'appuie sur les critères polythétiques du DSM-IV !

Les troubles de la personnalité sont, par ailleurs, pour la plupart d'entre eux, en continuité avec le « normal ». Or, plus la catégorie décrit une réalité continue, moins la démarche catégorielle est valide. Dans ce cas, elle est soumise à la nécessité de fixation d'un seuil (ici un seuil de cinq critères minimum sur neuf, mais également un seuil permettant de définir la présence de chacun des critères), afin de marquer la limite entre des catégories distinctes. Mais les études empiriques réalisées à partir des neuf critères isolés dans la classification américaine rapportent une **absence de réelle signification clinique** du seuil retenu (KENDELL, 2002). De plus, la démarche catégorielle représente une **perte d'information clinique** importante, puisqu'à la description quantitative se substitue la simple présence ou absence d'une

manifestation clinique.

I.B.2. L'approche dimensionnelle

Par opposition, elle retiendrait une liste de critères considérés comme les plus évocateurs plutôt qu'un diagnostic « présent » ou « absent ». À la différence du système catégoriel, le système dimensionnel décrit des caractéristiques psychologiques ou comportementales entre deux extrêmes, comme peuvent l'être par exemple les modalités cliniques de la réactivité émotionnelle. Mais cette option dimensionnelle, bien que pressentie comme plus adaptée à l'hétérogénéité des situations cliniques, soulève d'autres questions, notamment en ce qui concerne **la difficulté d'établir le nombre et le type des dimensions** qui paraissent les plus adéquats. KERNBERG président de l'Association Psychanalytique Internationale en 1999 a proposé une combinaison des modèles catégoriels et dimensionnels avec des formulations fondées sur la théorie psychodynamique. Mais son approche intégrant des méthodes scientifiques en psychanalyse a été très controversée, car trop complexe pour la pratique clinique courante.

Cette confrontation réactualise la question de la sélection des critères diagnostiques les plus fiables. Pour des auteurs comme CLARKIN (1983) ou MCGLASHAN (1987), **le contexte** dans lequel les critères sont utilisés influence en effet beaucoup leur valeur discriminative pour le diagnostic. Ainsi, ce ne sont pas les mêmes items qui sont les plus utiles au diagnostic différentiel de la personnalité borderline avec tel ou tel désordre de l'axe II.

Cependant, des **gestes autoagressifs, des relations d'objet intenses et instables et une forte impulsivité** sont, globalement, les variables les plus utiles au diagnostic, tandis que l'absence d'impulsivité et d'instabilité affective permettrait, en général, d'infirmes celui-ci.

→ **Les symptômes comportementaux** semblent donc légitimement constituer des éléments diagnostics dimensionnels fiables, voir prototypiques du trouble. Ainsi, leur discrimination et leur modalité d'appréhension vont représenter un enjeu fondamental pour négocier la transition du virage de classification.

I.B.3. Le DSM-V au cœur du débat

Un des changements les plus significatifs du DSM-V est la suppression de la moitié des troubles de personnalité (comme par exemple le trouble de personnalité narcissique), et le recours à des critères très rigoureux. Les recommandations parlent plutôt de « types » que de « troubles » (13). Plus qu'une liste de symptômes, le « type » borderline est décrit en deux paragraphes descriptifs (à l'instar de la description du DSM-II). Le clinicien doit ensuite classer le patient selon une échelle allant de 1 (« pas de correspondance, la description ne s'applique pas ») à 5 (« très bonne correspondance: le patient est un exemple du type »). Entre les deux, les correspondances sont nuancées selon les types « mineur », « important » ou « significatif ».

La description dimensionnelle de la personnalité retenue par le groupe de travail du DSM-V comprend ainsi six dimensions principales, dont quatre correspondent à la personnalité borderline (correspondant à 37 facettes spécifiques) :

- l'émotion négative avec six facettes
- l'antagonisme avec deux facettes
- la désinhibition avec une facette
- la schizotypie avec une facette.

Idéalement, une combinaison de critères catégoriels combinés avec des estimations

dimensionnelles devrait être issue de ce DSM-V. Paradoxalement, s'il est validé, il risque de rappeler dans plusieurs points le DSM-II d'il y a presque un demi siècle ! Le parti à venir pris par le DSM-V n'est donc pas une approche nouvelle. Il résonne avec les conceptions qui avaient initialement guidé la compréhension et l'individualisation du trouble. Ses opposants dénoncent son caractère arbitraire et craignent de voir glisser lentement le trouble borderline et plus globalement les « types B » de personnalité vers le spectre bipolaire, pour finalement faire de ce modèle dimensionnel un modèle plus catégoriel que le modèle catégoriel lui-même. Mais pour l'instant, ces conclusions demeurent hypothétiques.

I.B.4. classifications diagnostiques : quelles frontières épidémiologiques et cliniques avec l'axe I et l'axe II ?

I.B.4.a. Frontières avec l'axe I

Dans l'étude CLPDS (Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study), le nombre moyen de troubles comorbides sur l'axe I sur la vie entière (tous troubles de personnalité confondus) est de 3,4 et le trouble borderline est celui pour lequel existent le plus de troubles comorbides (14).

Les troubles de l'axe I les plus fréquents sont:

- Les troubles de l'humeur unipolaires
- Les troubles anxieux (en particulier l'état de stress post-traumatique, le trouble panique et la phobie sociale).
- L'abus de substances et les troubles du comportement alimentaire

Si certains tableaux de trouble dépressif à début insidieux, récurrent et évoluant vers la chronicité et l'aggravation, conduisent souvent à poser un diagnostic de trouble de la

personnalité chez de jeunes adultes, les caractéristiques cliniques de la dépression borderline sont cependant sensiblement différentes de celles de la dépression unipolaire avec, notamment, **une absence de ralentissement psychomoteur**. D'autre part, les conclusions des études empiriques familiales, de suivi et des travaux pharmacologiques ayant cherché à comparer des échantillons de patients borderline et dépressifs unipolaires privilégient l'existence d'un lien **fréquent mais non spécifique** entre les troubles thymiques et la personnalité borderline.

I.B.4.b. Frontières avec l'axe II

Entre comorbidité et continuum, la contingence avec les autres troubles de personnalité reste floue. KERNBERG en rend par ailleurs compte sur le plan descriptif en décrivant des personnalités qu'il appelle d'échelon inférieur (infantile et narcissique) qui pour lui possèdent une organisation limite sous-jacente.

Quelques éléments cliniques distincts rendent néanmoins compte d'une réalité des frontières diagnostiques.

Personnalité borderline vs :	Points communs	Distinctions de la personnalité borderline :
Personnalité histrionique	<ul style="list-style-type: none"> - labilité des affects - recherche d'attention - comportement destiné à générer quelque chose d'une mobilisation chez l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> - sentiment de vide profond, de solitude - oscillations violentes dans la relation, marquée par des ruptures brutales
Personnalité antisociale	<ul style="list-style-type: none"> - comportements d'aspect « manipulateur » - agressivité 	Les comportements ne sont pas conditionnés par la recherche de pouvoir ou de profit
Personnalité dépendante	peur de l'abandon	<ul style="list-style-type: none"> - Revendications de rage et de vide affectif - Relations plus instables, moins régies par des attitudes de soumission que par de l'impulsivité
Personnalité schizotypique	manifestations idéiques persécutives	<ul style="list-style-type: none"> - caractère transitoire - une réactivité interpersonnelle - réponse au caractère structurant de l'environnement
Personnalité narcissique	<ul style="list-style-type: none"> - réactions disproportionnées à des stimuli mineurs - crainte de l'abandon 	<ul style="list-style-type: none"> -instabilité de l'image de soi -potentiel autodestructeur

I.B.5. Particularité du diagnostic à l'adolescence

Nous ne pouvons poursuivre ce travail sans souligner la frontière étroite qu'il existe entre le trouble borderline et l'adolescence.

- La CIM-10 ne reconnaît aucun trouble de la personnalité en dessous de l'âge de 18 ans (OMS, 1993).
- La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) individualise quant à elle la pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité, celle à dominance schizotypique ainsi que celle à dominance comportementale.
- Pour le DSM, « il est impossible d'appliquer le diagnostic de trouble borderline à une population non adulte » (12).

Or, l'adolescence représente une période de transition charnière où l'impulsivité, les passages à l'acte et la dépressivité sont fréquents et tendent à donner des tableaux « borderline-like ». Cela est d'autant plus questionnant que la psychopathologie des adolescents et celle des borderline présentent des similitudes : défaillance du moi, confrontation à des exigences pulsionnelles débordantes, archaïsme des mécanismes de défense, fragilité narcissique, flou des identifications...

De surcroît, plusieurs études épidémiologiques ont mis en avant une prévalence des symptômes du trouble borderline à 10% chez les garçons et 18% chez les filles (12). Cela pose la question de savoir si les signes cliniques évalués (trouble de l'humeur, irritabilité, impulsivité...) relèvent d'un trouble limite ou bien de l'adolescence entendue comme

évènement psychogénétique. En tous cas, il existe un manque de validité de la nosographie concernant cette tranche d'âge, car en fait, comme le soulignent MEITJER et al, la classification sur le long terme n'est plus applicable après une période moyenne de 3 ans (15). En effet, on observe une hétérogénéité dans l'abrasion des symptômes : l'impulsivité va vite disparaître, alors que les symptômes liés à la gestion douloureuse des affects ou ceux touchant les relations interpersonnelles sont parmi les plus chroniques. Cette étude rapporte également une différence d'occurrence des symptômes entre adolescents et adultes : les adolescents avec symptômes borderline présentent peu de troubles de l'adaptation sociale. Ils expriment plus de dépréciation que de culpabilité, ainsi que des inquiétudes majeures autour de la séparation et l'autonomie à travers des relations interpersonnelles particulièrement instables. Ils ne font pas plus de tentatives de suicide que les autres adolescents, mais se déchargent plus volontiers dans des passages à l'acte impulsifs lorsqu'ils sont débordés par leurs affects (fugues, automutilations).

Néanmoins, les auteurs s'accordent à identifier un trouble borderline « grave », stable de l'enfance à l'âge adulte, et dont les premiers symptômes surviennent précocement dans l'histoire du sujet. Le DSM-IV-TR le résume comme cela : *« 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 semblent envahissants, durables et dépassent le cadre d'un stade particulier du développement ou d'un épisode d'un trouble de l'axe I. Il faut savoir que les traits d'un trouble de la personnalité apparaissant dans l'enfance se modifient habituellement avec le passage à l'âge adulte (avec des taux de persistance dans le temps du trouble n'excédant guère 33%). On ne peut diagnostiquer un trouble de la personnalité chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentes depuis au moins un an »* (12).

→ Par conséquent, ce critère de précocité servirait à différencier le trouble borderline inscrit dans un **aménagement stable** de la personnalité, des « **manifestations limites** » liées à un contexte fragilisant qui en favorise l'émergence. Cela permet alors d'éclairer la relation entre trouble borderline et adolescence, qui, si elle ne répond pas à une corrélation stricte, éclaire une cooccurrence. Ainsi, l'adolescent dans une majorité de situations, peut présenter des signes limites, mais suffisamment instables et influençables par les évolutions du contexte pubertaire, avec ses avatars de remaniements identitaires, pour échapper au diagnostic de trouble de personnalité borderline.

I.B.6. Bilan des classifications

Le DSM-III a introduit le trouble de personnalité borderline dans la sphère catégorielle, remaniée dans le DSM-IV, afin de circonscrire un champ d'entente clinique, susceptible de fédérer **recherche, courants et thérapies**. Ce DSM a marqué la période de l'élaboration nécessaire de critères, dans le but de soumettre ensuite ces critères à une analyse statistique venue apporter des arguments en faveur de leur **validité**. La création de cette entité catégorielle a permis l'organisation et la clarification de la pensée médicale, en adéquation avec la démarche de prise de décision propre au praticien. Mais la désignation en catégories, qui vise l'homogénéité des éléments d'une classe diagnostique et des frontières clairement établies entre classes, trouve précisément dans le cas de la personnalité borderline ses limites, en parvenant difficilement à se dégager du chevauchement confus entre **axe 1 et axe 2, traits et troubles, et comorbidités**.

I.C. FRONTIERES DE TERMINOLOGIES

Ce panorama rétrospectif nous illustre l'ampleur du complexe tentaculaire formé autour du trouble borderline, alimenté par les débats diagnostiques mais également sémantiques, en raison de la multitude de termes utilisés comme équivalents de « borderline » : héboïdophrénie, schizophrénie larvée, fruste, schizoïdie, schizonévrose, schizophrénie borderline, état limite, personnalité limite, organisation limite, trouble de personnalité, borderline et maintenant type borderline...

Les questions actuelles autour des démarches classificatoires de troubles mentaux (DSM, CIM, OMS) prouvent que la confusion originare entre ces concepts reste encore pregnante. Les efforts réalisés au cours des trente dernières années pour améliorer la fidélité des diagnostics à l'aide de critères descriptifs ont permis de mieux cerner ce trouble :

- trouble de personnalité borderline pour le DSM
- personnalité émotionnellement labile pour la CIM-10, soit de type impulsif, soit de type borderline.

Mais la prévalence des comorbidités avec les troubles de l'humeur et les autres troubles de la personnalité brouille les pistes et relance le débat.

La première frontière à clarifier est celle de **la distinction entre borderline et état limite**. Nous avons vu que leurs origines théoriques sont distinctes et ne se recouvrent que partiellement. Alors que le terme borderline est issu d'une démarche psychiatrique catégorielle, le terme d'état limite demeure plus fluctuant et controversé. Il peut :

- soit désigner la traduction française du terme borderline dans certains écrits
- soit décrire un type d'organisation de la personnalité initialement isolé à partir de particularités relevées par divers psychanalystes dans la relation thérapeutique.
- Ailleurs, enfin, il désigne une entité «entre névrose et psychose».

Lorsque KERNBERG propose en 1975 le terme d' « organisation limite » à la place de celui

d' « état limite », WIDLÖCHER souligne en préface que deux points de vue s'opposent : l'un, classique, met l'accent sur les caractères négatifs de cet état (ni structure névrotique, ni structure psychotique) et l'autre, défendu par KERNBERG, défend l'idée d'une structure spécifique privilégiée par des opérations psychiques (7). Dans l'« organisation limite », les symptômes prendraient donc un sens au sein d'une entité spécifique et permanente.

Dans un souci de simplification, nous avons choisi de conserver la distinction établie par CHAINE et GUELFY (2).

→ Le terme « borderline » s'applique à l'ensemble des critères diagnostiques standardisés d'une catégorie diagnostique autonome, alors que le terme « état limite » comprend toutes les traductions cliniques hétérogènes que cette organisation pathologique prend.

I.D. FRONTIÈRES DE L'ÉTIOPATHOGENIE

Sur la toile de fond de l'élaboration du DSM-IV, plusieurs approches se développent, en parallèle, relatives à l'étude de différents points de la chaîne d'évènements qui caractérisent la psychopathologie des patients borderline : le modèle neurobiologique avec SIEVER et DAVIS, le modèle biopsychosocial avec LINEHAN, le modèle cognitif avec STONE, le modèle de l'attachement avec FONAGY... La scène de la psychanalyse remanie également ses découvertes, et insiste sur des constantes qui semblent avoir été validées par ses protagonistes.

I.D.1. Perspectives psychanalytiques

Une définition couramment retrouvée dans les références considère l'état limite comme un état impliquant des modes de fonctionnement névrotiques et psychotiques, variables en proportion selon les sujets. L'état limite correspondrait à cette juxtaposition, mais ne s'y réduirait pas, puisque son organisation psychopathologique intégrerait en même temps des mécanismes de défense que sont, notamment, **le clivage et l'identification projective**. L'association entre la projection et le clivage produit une coexistence exclusive et sans compromis entre, d'une part, des mouvements hyperadaptatifs à la réalité externe et, d'autre part, des éléments hyperprojectifs la déformant nettement. KERNBERG dans « Troubles limites de la personnalité » (7) propose une analyse systématique **-structurelle, génétique et dynamique-** de ce qu'il nomme « *l'organisation limite* ». La troisième partie de son ouvrage dépeint les techniques psychothérapeutiques correspondant à ces mécanismes de défense spécifiques. L'intérêt de cette référence est de proposer des principes généraux de traitement, en insistant sur le cadre thérapeutique général, et les caractéristiques transférentielles et contre-transférentielles qui en découlent.

Une autre hypothèse, développée en partie par BERGERET (8), postule l'existence d'un noyau central autour de **l'angoisse de perte d'amour de l'objet**, à l'origine de ce qu'il nomme une « *constante dépressive* ». Les tests projectifs (Thematic Apperception Test [TAT] et Rorschach) révèlent, en plus des éléments précédents, une représentation de soi marquée par une précarité des enveloppes, témoignant d'une différenciation partielle entre dedans et dehors. Cette pathologie est celle de la **relation d'objet**. Elle est caractérisée par une difficulté d'accès à l'ambivalence, et l'objet est, tour à tour, idéalisé ou dévalorisé avec comme conséquences la mise en jeu de mécanismes de défense caractéristiques, la lutte contre une angoisse d'abandon et un degré variable d'intégration de l'identité.

Ainsi, d'après les hypothèses psychodynamiques, les sujets états limite sont des sujets ayant dépassé les risques de clivage psychotique, mais n'ayant pas pu accéder à une problématique relationnelle, voir conflictuelle, organisée sous la primauté objectale oedipienne. Bien que ces pathologies semblent osciller entre névroses et psychoses, elles conservent leur économie propre dont **le pivot est de nature narcissique secondaire** (9).

La troisième partie de ce travail approfondira ces connaissances.

I.D.2. Vulnérabilité génétique et dysrégulation neurobiologique

La littérature traitant des apports des neurosciences dans le trouble borderline n'est pas aussi profuse que celle dont on dispose pour les autres troubles psychiatriques graves. Cela résulte peut être de la croyance ancienne que le trouble borderline est nécessairement une maladie de l'âge adulte et ne peut s'appuyer sur l'existence de précurseurs développementaux identifiables. De plus, les approches traditionnelles visant à étayer la psychopathologie par le symptôme ne sont guère compatibles avec celles s'appuyant sur les neurosciences. En effet, il est difficile d'utiliser catégoriquement les systèmes biologiques pour interpréter des zones précises de dysfonctionnements symptomatiques, en particulier pendant le développement. Pourtant, les interactions neurobiologiques comptent pour beaucoup dans les covariations phénotypiques observées dans les symptômes d'attachement, de régulation d'affects, de contrôle comportemental et de relations interpersonnelles.

Plusieurs auteurs s'accordent depuis de nombreuses années à considérer que la pathogénie du trouble résulte **d'interactions complexes entremêlant génétique, neurobiologie, et facteurs environnementaux** (16). Les symptômes classiquement attribués à ces dysfonctionnements sont surtout la dysrégulation émotionnelle, le trouble du contrôle des impulsions, l'agressivité,

les dysfonctions cognitives et les états dissociatifs. Deux pans de la recherche biologique se sont développés ces dix dernières années : la piste neurochimique et la piste génétique.

- *Piste neurochimique : au carrefour des systèmes noradrénergique et sérotoninergique*

La revue de SKODOL (17) résume l'ensemble des données trouvées par de multiples études concernant les origines génétiques et biologiques du trouble de personnalité borderline. Elle insiste sur la part centrale du **circuit sérotoninergique** impliqué dans les manifestations comportementales du trouble borderline, ainsi que la possible implication des autres systèmes de neurotransmission dans les autres traits de comportement. Par exemple, l'instabilité **affective** pourrait être associée à des anomalies des **systèmes cholinergique et noradrénergique**, tandis que les symptômes d'allure **psychotique** présents chez certains patients semblent être liés à une augmentation de l'activité **dopaminergique**.

Le modèle d'une double prédisposition biologique proposé par SIEVER et DAVIS illustre cette multiple interaction de systèmes : une **dysrégulation affective reliée à une hyperactivité du système noradrénergique**, et une **dysfonction comportementale associée à une dérégulation sérotoninergique**. La diminution de l'activité sérotoninergique dans certaines zones cérébrales impliquées dans l'inhibition de l'agressivité aurait une influence sur des manifestations d'autoagressivité (gestes suicidaires, scarifications), d'hétéroagressivité, ainsi que d'instabilité de l'humeur. Les études réalisées suggèrent une réduction centrale de l'activité sérotoninergique dans le cas des troubles de la personnalité, mais de façon non spécifique pour la personnalité borderline.

Leur hypothèse d'un double circuit biologique **en miroir** d'une activation symptomatique propulse le trouble borderline au rang d'une maladie du contrôle des impulsions et des émotions. Le trouble borderline appartiendrait au spectre des troubles de l'impulsivité et se

manifesterait selon des variations de la régulation émotionnelle. Cette hypothèse permet également d'aborder la question du **chevauchement** avec d'autres troubles, en particulier celle d'inclure borderline et bipolarité dans le même spectre.

- *Piste génétique*

Le taux d'héritabilité de l'impulsivité est évalué à 80 %. Une étude portant sur 221 jumeaux a montré que le taux de concordance entre jumeaux borderline est de 38 % chez les monozygotes, et de 11 % chez les dizygotes. Soixante-neuf pour cent de la variance des symptômes seraient attribuables aux effets génétiques additifs, et 31 % aux effets de l'environnement non partagé (18).

→ Système sérotoninergique

L'allèle s du gène du transporteur de la sérotonine 5-HTT (chromosome 17) est associé à un risque plus élevé de dépression chez les sujets qui ont été victimes de maltraitance infantile, ainsi qu'à un risque plus élevé d'impulsivité (19). Les auteurs ont développé dans quelle mesure les facteurs environnementaux ont une incidence sur les symptômes dépressifs et impulsifs. Un polymorphisme fonctionnel dans la région promotrice du gène transporteur de la sérotonine (5-HTT) est impliqué pour rendre compte de cette modulation de l'influence des événements de vie stressants sur la population borderline. Les individus avec une ou deux copies de l'allèle court montrent plus de symptômes dépressifs, d'autoagressivité et de suicidalité en relation avec les événements de vie stressants, comparés aux individus homozygotes de l'allèle long.

La réponse individuelle aux stressors environnementaux est donc modulée par une interaction gène-environnement spécifique.
--

→ Système dopaminergique

Les données concernant le fonctionnement dopaminergique dans la pathologie borderline sont encore exploratoires et les résultats sont parfois contradictoires. L'hypothèse d'un fonctionnement **hypodopaminergique**, en lien avec l'impulsivité et les affects négatifs, a récemment été formulée. De plus, l'exploration des interactions gène-environnement a montré que le polymorphisme DRD4 de la dopamine chez l'enfant était associé à un attachement désorganisé. Le déficit de l'haplotype T7 de ce gène pourrait représenter un **facteur favorisant la résilience** chez les enfants qui ont présenté des **difficultés d'attachement précoces**.

→ Système noradrénergique

Le système noradrénergique, quant à lui, serait impliqué dans la régulation des affects, dans leur dimension sociale, comme **l'irritabilité** ou la **réactivité à l'environnement**. Concernant les liens entre les comportements suicidaires et l'hyperactivité de l'axe corticosurrénalien, les résultats sont encore contradictoires. L'activité du système nerveux parasympathique a également été reliée à certains traits ou comportements : dépression, anxiété, autoagressivité, dysrégulation émotionnelle selon CROWELL et al. en 2009 (20).

Malgré les importantes contributions de la neurobiologie dans les tentatives d'élucidation des rouages complexes entre altérations cérébrales spécifiques et symptômes, **il demeure très difficile de lier ces perspectives aux constats cliniques dans un modèle homogène et compréhensible**.

Cette situation peut être partiellement expliquée par le fait que les critères diagnostiques du trouble borderline sont dérivés de la clinique. On attend des perspectives neurobiologiques qu'elles confirment l'hétérogénéité du trouble, en renforçant l'idée de phénotypes distincts au

trouble, afin de préciser les interventions chimiothérapeutiques. L'approche dimensionnelle devrait faciliter cette intégration.

I.D.3. Données de la neuroimagerie : hypothèse d'un substrat organique

Elles semblent cohérentes avec les données de la neurobiologie, à savoir l'activation de systèmes cérébraux dans les manifestations symptomatiques comportementales et émotionnelles. Si l'on tente d'analyser les symptômes en fonction des niveaux biologiques et organiques touchés, comme des niveaux indépendants, aucune corrélation directe ne peut être établie. Il s'agit plutôt de considérer que les symptômes de la sphère émotionnelle, cognitive et comportementale répondent à plusieurs systèmes neurologiques qui semblent opérer en interdépendance dans des proportions variables. Ces variabilités répondent à plusieurs constats.

➔ Tout d'abord, les sujets borderline présentent une différence variable de **maturation cérébrale**. Les différents patterns de maturation (par analyse de l'amplitude p300) peuvent contribuer à des différences dans l'âge de survenue, l'évolution clinique et la résistance au traitement (21).

➔ Ensuite, les chercheurs ont constaté une atteinte du **circuit frontolimbique droit** dans le trouble borderline.

➔ Une autre étude, centrée sur les manifestations émotionnelles du trouble, a confirmé l'hypothèse d'une **hyperactivation amygdalienne** lors de l'exposition de sujets borderline à des stimuli émotionnels (22). En effet, l'amygdale joue un rôle fondamental dans la modulation de la vigilance et la génération d'états émotionnels négatifs, et est souvent anormalement réactive dans les troubles de l'humeur et des émotions. Il est donc cohérent et confirmé que l'hyperactivité amygdalienne contribue à une hypervigilance, une dysrégulation

émotionnelle et des relations interpersonnelles perturbées chez ces patients.

En conclusion, le modèle prévalent se dessine en faveur d'une **activité limbique excessive, insuffisamment contrebalancée par une régulation préfrontale elle-même dysfonctionnelle.**

I.D.4. Données de la neurophysiologie

Lobe temporal et amygdale sont mis en jeu dans les modifications de **reconnaissance faciale émotionnelle** : moins de reconnaissance, et déficit de la mémoire ainsi que de la sphère visuospatiale. A cela s'ajoutent des réponses intenses aux stimuli négatifs, liées à une suractivation amygdalienne, en faveur d'une **pathologie du lobe pariétal** (en particulier chez les sujets avec hallucinations multimodales).

Donc la modulation émotionnelle relève à la fois du système amygdalien, mais aussi pariétal et frontotemporal. Sur le plan de l'impulsivité, **la dysfonction orbito-frontale semble être le point de convergence principal.**

En effet, le cortex orbitofrontal module les déficits des fonctions exécutives (anticipation/action). Or, un défaut des capacités d'anticipation décisionnelle peut avoir des conséquences au niveau de l'articulation décision-action, et se traduire par de l'impulsivité. Cette articulation est également modifiée par le seuil de réactivité émotionnelle, dépendant comme nous l'avons vu d'une modification de volume de l'amygdale.

→ Cette hypothèse d'une origine plurifocale d'un même comportement est cohérente avec la base neurobiologique du trouble borderline.

Le cortex orbitofrontal est impliqué dans l'impulsivité, ainsi que dans d'autres déficits du trouble borderline, et l'impulsivité ne dépend pas exclusivement du cortex orbitofrontal. Ainsi,

rien n'est spécifique! De plus, le cortex orbitofrontal exerce un effet de rétrocontrôle sur l'amygdale. Il s'y ajoute ainsi un effet d'autorenforcement. Par conséquent, l'augmentation de la charge limbique, la diminution de la fonction du cortex orbitofrontal et/ou l'hypoactivité du circuit frontolimbique interagissent de façon non uniforme dans le trouble borderline.

Pour résumer, les troubles de l'impulsivité semblent être majoritairement expliqués par une sous-activation du cortex orbitofrontal, l'hyperréactivité émotionnelle semble résulter essentiellement d'une atteinte temporolimbique, les troubles cognitifs (mémoire non verbale, fonctions exécutives, en particulier sur les tâches non verbales, troubles attention et vigilance) liés à une atteinte pariétofrontale et temporolimbique, et ces systèmes interagissent mutuellement les uns avec les autres, se potentialisant ou se succédant au fil des expressions cliniques. Les données neurophysiologiques confirment donc les **différents déficits cognitifs** correspondant à différents systèmes cérébraux au sein d'un **dysfonctionnement fronto-temporo-limbique, latéralisé à droite.**

I.D.5. Apport cognitiviste

Les dimensions cognitives étudiées dans le trouble borderline font référence aux schémas cognitifs décrits par BECK et FREEMAN. Elles reposent sur la pensée «dichotomique» issue du clivage, et les schémas de cognitions dysfonctionnelles, dans lesquelles le sujet borderline se perçoit lui-même comme impuissant et vulnérable, et envisage le monde autour de lui comme dangereux et malveillant (23) (24). Plusieurs études récentes ont mis l'accent sur la fréquence des troubles cognitifs dans la pathologie borderline, notamment celle des expériences psychotiques transitoires. Au-delà de ces constatations et dans une perspective résolument cognitiviste, le « style cognitif » des personnalités borderline partage certaines

caractéristiques avec d'autres troubles de la personnalité. Il s'agit de **distorsions cognitives** comme **l'abstraction sélective**, les **inférences arbitraires**, la **maximisation** et la **minimisation**. L'élément clinique le plus évocateur sur le plan cognitif demeure le **traitement dichotomique des informations**, c'est-à-dire le classement des perceptions en termes manichéens: « tout bon ou tout mauvais », « tout noir ou tout blanc », avec comme caractéristiques principales du style de pensée : des schémas de rejet, de vulnérabilité sans recours, de manque de valeur et d'amour d'autrui.

Ces données de compréhension du trouble, nécessaires mais non suffisantes pour se représenter le fonctionnement multiple des patients, nourriront plus tard l'élaboration de la théorie biopsychosociale.

I.D.6. Facteurs psychosociaux

De très nombreuses publications font état d'une relation entre trouble de la personnalité, vulnérabilité dépressive et traumatismes précoces au cours du développement (carences de soins, mauvais traitements). Mais la plupart de ces études souffrent de sérieuses limitations méthodologiques comme l'absence habituelle d'abord prospectif et de groupe contrôle. Par ailleurs, on dispose d'un nombre réduit de données concernant spécifiquement les personnalités borderline. Malgré ces difficultés, il existe certaines données empiriques en faveur du rôle des **violences physiques** et particulièrement sexuelles (notamment dans le cadre familial) dans la genèse de la labilité émotionnelle, du sentiment diffus d'identité, d'insécurité profonde avec doute permanent sur les intentions réelles d'autrui. De fait, l'existence d'un lien spécifique entre un vécu de maltraitance infantile et le développement d'une personnalité borderline selon PARIS fait l'objet d'un relatif consensus (25).

Les patients présentant un trouble de personnalité borderline ont été significativement plus abusés, négligés, durant leur enfance au sein de familles dysfonctionnelles du fait de la

présence de **pathologies psychiatriques** chez les parents (abus de substances, troubles de l'humeur...) ou d'une **déréliction de la cellule familiale nucléaire**. SANSONE et SANSONE référencent les types de dysfonctionnements familiaux repérés dans le trouble borderline : inconsistance maternelle, négligence et manque d'empathie, position d'échec des deux parents, relations pauvres avec les parents, interactions familiales invalidantes, conflictuelles, négatives ou critiques (26)... Cette exposition à la fragilité familiale est d'autant plus pathogène que le sujet lui même présente une fragilité structurelle.

Plus précisément, on retrouve fréquemment chez les patients borderline un **antécédent de traumatisme infantile** : abus sexuel, violence physique, perte ou séparation précoce, échec du couple parental, négligence. Pour ZANARINI et al. 92 % des sujets borderline rapportent des antécédents de négligences, 25 % à 73 % rapportent un abus physique, et 40 % à 76 % un ou des abus sexuels (27). De plus, le risque de comportement suicidaire ou parasuicidaire semble être plus important chez les sujets ayant une histoire de violence sexuelle pendant l'enfance. L'abus sexuel serait donc un important facteur de risque de développement d'un trouble de personnalité borderline.

➔ Mais le trauma dans l'enfance ne constitue selon ZANARINI **une cause ni nécessaire ni suffisante au développement ultérieur du trouble**. Ces expériences traumatiques s'inscrivent plutôt sur un territoire familial qui permet leur existence. En effet, un certain nombre de patients n'auraient pas d'antécédents de ce genre et tous les enfants abusés ne développeront probablement pas de trouble de personnalité borderline.

I.D.7. Vers la construction de l'hypothèse bio-psycho-sociale

STONE et LINEHAN sont les principaux artisans de cette conception moderne et intégrative du trouble. Elle articule facteurs de **vulnérabilité**, facteurs **précipitants** et facteurs **d'entretien** dans une perspective issue de l'approche cognitive.

STONE tout d'abord en 1993, s'est saisi des données cognitives et neurobiologiques pour dégager chez les patients une tendance générale aux « réponses comportementales non modulées » qu'il a reliée à la notion **d'hyperirritabilité**, constante dans ce trouble de personnalité. Cette prédisposition constitutionnelle répondrait à un dysfonctionnement limbique. À partir de cette hypothèse, il a développé un premier modèle étiopathogénique bio-psycho-social (28).

LINEHAN ensuite a exploité les bases neurodéveloppementales de la dysrégulation émotionnelle pour défendre l'hypothèse d'une **interaction entre une vulnérabilité biologique** (facteur de risque d'impulsivité ou de sensibilité émotionnelle notamment), et des **facteurs environnementaux** (29)

Son approche bio-psycho-sociale présente ainsi le trouble borderline comme le produit de risques développementaux (allant de l'expérience douloureuse de l'enfance au trauma organique), et d'une prédisposition biologique non héréditaire à la dysrégulation émotionnelle. Cette dysrégulation, confirmée par les études neurophysiologiques, implique une sensibilité aigüe aux stimuli émotionnels, une intense réaction à ces stimuli et un retour lent et retardé à un niveau émotionnel normal. Elle conduit à des schémas cognitifs et comportementaux dysfonctionnels lors d'événements émotionnellement significatifs, caractérisés notamment par un fort niveau d'impulsivité. La biologie n'est donc pas le seul déterminant, car l'environnement, en particulier un environnement invalidant dans l'enfance, dans lequel l'expression du vécu émotionnel de l'enfant n'a pas été tolérée, et dans lequel il ne lui a donc pas été appris comment comprendre, nommer, réguler, et tolérer ses états internes, est aussi

nécessaire au développement du trouble.

Par conséquent, par cette théorie intégrant les données neurologiques et environnementales, les facteurs psychosociaux et biologiques, loin d'être indépendants, semblent **interagir** entre eux dans la genèse du trouble. D'une part, les vulnérabilités génétiques et biologiques s'exprimant par des traits de comportement pourraient **influencer la façon qu'un individu a de réagir** face à des événements de vie traumatisants. D'autre part, il semblerait que les traumatismes infantiles **aient un impact sur le développement et le fonctionnement du cerveau**: diminution du volume de l'hippocampe, déficit d'intégration des deux hémisphères, hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénergique.

Concrètement, l'approche multifactorielle s'applique aux principales manifestations symptomatiques du trouble. Prenons l'exemple des automutilations : ce symptôme peut être traduit comme l'expression de multiples facettes : soulagement d'une douleur psychique intolérable par circuit neurobiologique et modification cognitive par attention ciblée sur douleur physique, ou signature de l'échec des capacités de mentalisation ou encore acte autopunitif par défaut du jugement sur soi, dérivé en partie d'un contexte familial.

En fait, ces causes s'articulent dans une trame subjective, et il appartient au clinicien de leur redonner un sens, afin que cette expérience de vie devienne significative pour le sujet.

L'étude de cette interaction entre biologie et apprentissage social amènera LINEHAN à développer une thérapie, nommée « thérapie comportementale dialectique » (TCD), dont les objectifs précis et l'approche dans l'« ici et maintenant » permettront d'obtenir une réelle efficacité sur les comportements autoagressifs.

I.D.8. Théorie de l'attachement

Elle s'est développée à partir des travaux de FONAGY et BATEMAN, issus des théories de BOWLBY à partir des interactions dysfonctionnelles dans la petite enfance. Ces théoriciens se sont penchés en particulier sur la place des expériences traumatiques dans la constitution de la personnalité borderline. Ces observations sur la perturbation des processus d'attachement font référence aux travaux de SPITZ sur l'hospitalisme. Il y reconnaît les conséquences pour le développement psychique et somatique des carences affectives survenant dans la relation mère enfant lors des deux premières années de la vie. Il est à l'origine du concept de **dépression anaclitique**, qui sert à qualifier la relation d'objet des borderline. Les études mettent en avant un taux plus élevé d'expériences de pertes durant l'enfance, ce qui permet d'insister sur le rôle structurant des **images parentales considérées comme supports identificatoires**. Ces perturbations précoces de l'attachement tendent à nuire à l'élaboration des **limites du soi**, et donc, de l'identité personnelle.

FONAGY confirme cette hypothèse lorsqu'il démontre en 2000 que la perturbation d'attachement influence négativement le processus de représentation mentale, et plus particulièrement les représentations touchant soi même et les autres. Pour lui, le développement d'une personnalité borderline résulterait de la **conjonction d'un bas niveau de capacité réflexive et d'expériences traumatiques** (30). Le sujet borderline, qui ne parvient pas à vivre une expérience traumatique de l'intérieur autrement que par le chaos, cherche à internaliser un objet externe, mais ne peut l'envisager dans un second temps que comme quelque chose de menaçant qu'il faut expulser. On retrouve fréquemment chez les figures d'attachement de ces enfants des comportements contradictoires, menaçants ou hostiles, ou encore exprimant l'impuissance, en réponse aux sollicitations de l'enfant en situation de détresse. Ces comportements désorganisés ne permettent pas la constitution d'une représentation cohérente de soi et des autres et entretiennent la mise en place de

comportements de contrôle aggravant en retour le sentiment d'impuissance de la figure d'attachement.

En outre, certains travaux revus par AGRAWAL ont également établi l'analogie entre les caractéristiques comportementales de ces sujets (vérifier la proximité, envoyer les signaux de recherche de contact et d'attention, rechercher l'aide pour ne pas s'en servir, s'accrocher à l'autre) et certains patterns d'attachement (ambivalent/préoccupé) (31).

Entre **trouble borderline et attachement insecure, l'association est forte**, et représenterait même selon cet auteur un **marqueur phénotypique de vulnérabilité**. Les études portant sur l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement et utilisant l'*Adult Attachment Interview* (entretien structuré centré sur la narration du vécu des événements et relations de l'enfance) ont confirmé que le style d'attachement le plus récurrent était l'attachement préoccupé, alors qu'un état d'esprit non résolu vis-à-vis du traumatisme était surreprésenté par rapport à une population non clinique.

En conclusion, l'intrication de la théorie de l'attachement avec l'après-coup du traumatisme, sur un support familial instable, sont autant d'hypothèses étayant les failles de construction du sujet. Ces failles sont caractérisées par la perturbation de la relation d'objet, éclairée par le concept de dépression anaclitique et le manque de limites de l'identité personnelle. Il s'agit donc d'organisations ayant en commun des failles narcissiques, des échecs dans l'élaboration de la position dépressive et de l'absence, et une quête d'étayage. Ces observations ouvrent le champ d'une nouvelle perspective thérapeutique, la thérapie basée sur la mentalisation, visant une amélioration des capacités de mentalisation.

La synthèse de ces modèles psychopathologiques conceptuels montre le passage progressif de théories portant sur la nature des fantasmes et le conflit pulsionnel sous-tendant les

symptômes, à un intérêt privilégié à la problématique du lien, comme organisatrice de la personnalité.

Cette théorie de l'attachement, en mettant l'accent sur l'importance d'une lecture contextuelle, développementale et interpersonnelle du fonctionnement adulte, revêt un intérêt tout particulier dans le trouble borderline, pathologie du lien par excellence !

I.E. FRONTIERES DE STRUCTURE

Symptômes du côté de la mise en acte, angoisses en rapport avec la perte d'objet, relations d'objet de type anaclitique, moi déformé, mécanismes de défense archaïques, conflits d'ordre pré-génital sont autant de repères théoriques distinguant dans une lecture apparente l'état limite de la névrose et de la psychose. Mais quel sens apporter à cette distinction ? On remarquera avec J.ANDRÉ «que les catégories psychopathologiques de névrose, psychose et perversion, préexistaient à la naissance de la psychanalyse, même si c'est elle qui les a pensées en termes de structures. Par contre, c'est dans la clinique analytique, comme un événement interne à son histoire, devant les obstacles et les limites de la cure que le problème *borderline* a surgi. Il couvait depuis au moins l'introduction du narcissisme, s'était aggravé avec la pulsion de mort et son funeste cortège (réaction thérapeutique négative, compulsion de répétition, masochisme primaire, voracité du surmoi, etc.), pour trouver en quelque sorte son point d'orgue dans la question du trauma » (32). Si les états limite ne rejoignent ni la névrose ni la psychose, la tâche consistant à les circonscrire positivement, et a fortiori à leur conférer un statut structural, demeure polémique. Cette délimitation des frontières génère un sentiment babélien chez le lecteur, confronté à une littérature toujours plus dense, témoignant de la tentation de chaque auteur de marquer le territoire en "découvrant" un nouveau mécanisme de défense (même si clivage et identification projective dominant les débats) ou une nouvelle (dés)organisation du

moi : as if, faux self, blank self, etc. Cette littérature, source de références cliniques denses et de riches concepts métapsychologiques apparaît alors au lecteur quelque peu « borderlique »...

Cette tâche est d'autant plus complexe selon ANDRE, que la composante sociétale vient infiltrer la consistance de ces états « avec leur cortège de narcissisme et de symptômes modernes : toxicomanie, anorexie, boulimie, dépression, troubles somatiques divers, etc. Autant de troubles dits modernes qui caractériseraient, au plan clinique, l'actualité de notre malaise ». Certains auteurs vont même jusqu'à poser la question de « désubstantialiser les structures, en s'appuyant sur l'idée que le diagnostic clinique ne représente pour le psychanalyste qu'un moment, car sa clinique opère sous transfert ». (C. FIERENS, dans (33)). L'intérêt de cette conception serait pour eux d'en dégager un processus distinct de l'éclectisme descriptif. D'où l'intérêt de repérer les niveaux d'ancrage des concepts, entre phénoménologie et métapsychologie. L'auteur prend comme exemple la notion de clivage de l'objet selon MELANIE KLEIN, dont la théorie inspire nombre de travaux sur les états limite, qui serait synonyme de la division du Sujet selon Lacan ou de l'*Ichspaltung* freudienne. « La première exigence est donc de reconnaître quelle langue psychanalytique on pratique. La deuxième, de réviser constamment la frontière faussement assurée du normal et du pathologique. »

Face à la multiplicité de ces états et références théoriques, nous constatons qu'il s'avère impossible de dresser un tableau systématique, d'autant plus que les oppositions et corrélations multifactorielles des recherches cliniques rendent la tâche certes passionnante mais ardue. Elles peuvent même nous interroger sur la pertinence d'une entreprise diagnostique à une époque où les grandes entités de la nosographie classique (celle des KRAEPELIN, MAGNAN, etc.) sont disloquées et recombinaées dans de nouvelles configurations. Ainsi, le champ de notre réflexion clinique dans ce travail semble traversé de

toutes parts par une disjonction entre, d'un côté, le modèle médical d'une traque des symptômes et, de l'autre, l'éthique analytique d'un repérage sur les symptômes pour les restituer à un sujet qui s'en trouve délogé voire exproprié.

Ainsi, à défaut de s'attaquer à de nouveaux édifices structuraux, l'idée de ce travail consiste à accepter de circonscrire positivement cette entité, et à revenir à la détermination d'éléments stables de l'organisation des états limite.

I.F. FRONTIÈRES DES CHAMPS THÉRAPEUTIQUES

Pendant de nombreuses années, ce trouble a été stigmatisé : « *le trouble borderline était à la psychiatrie ce que la psychiatrie était à la médecine* » (11). La période des années 2000 marque alors un tournant dans l'histoire du trouble borderline, car ce qui entretenait les années précédentes les représentations péjorative (le trouble serait héréditaire et son pronostic aléatoire) est remis en question (on peut agir sur l'ici et maintenant pour sécuriser les perspectives d'avenir). Il bénéficierait même presque du qualificatif « bon pronostic ». Les associations sanitaires reconnues (NIMH aux USA, réseau borderline en France, AAPEL), les associations de malade et de familles, prouvent que la prise en charge du trouble borderline s'est enrichie d'une légitimité et d'une force durables. La communauté a acquis suffisamment de données pour être au clair sur ce qu'il ne faut pas faire, à défaut d'obtenir un consensus sur ce qu'il faut faire. Ainsi, l'APA a développé des guidelines en 2001, en confirmant le rôle premier de la psychothérapie et ses principes : collaboration du patient, médecin référent, psychoéducation, aide pharmacologique. Malgré les obstacles à assurer une prise en charge globale, prolongée et cohérente, le développement d'une alliance thérapeutique suffisante améliore l'observance des traitements proposés, médicamenteux et psychothérapeutiques.

Nous observons une concordance entre le développement des différentes options théoriques, et

les perspectives thérapeutiques qui en découlent. Modèle bio-psychosocial et thérapie centrée sur le transfert, théorie de l'attachement et thérapie basée sur la mentalisation, réajustement du cadre de la cure par un relatif accordage des courants psychanalytiques... Loin de s'exclure les unes des autres, toutes ces approches agiraient en fait à différents niveaux de la chaîne d'évènements qui caractérise la psychopathologie des patients borderline.

Ces techniques de psychothérapie peuvent être distinguées selon leur courant d'émergence.

Pour le trouble borderline, nous repérons trois courants principaux : les thérapies d'inspiration psychanalytique, les thérapies intégratives comportementales, et les thérapies systémiques.

Elles partagent un dénominateur commun, puisé dans **le travail sur la mentalisation**. De plus, elles reposent sur la **définition du contrat de soins** en début de psychothérapie, en particulier sur les situations à risque, ainsi que sur une **posture relationnelle** propice à la validation des ressentis du patient, en face à face.

Elles se déploient en association avec une pharmacothérapie adaptée.

I.F.1. Chimiothérapie

Dans la pratique, de nombreuses molécules font l'objet de prescriptions courantes chez les patients borderline: neuroleptiques, antidépresseurs, thymorégulateurs... Il n'existe en réalité pas de traitement pharmacologique spécifique de ce trouble de personnalité. Les recommandations insistent plutôt sur l'intérêt de les utiliser de façon **complémentaire à la psychothérapie**, à la fois afin faciliter le travail psychique, mais surtout pour désamorcer certains symptômes de façon assez ciblée : la basse modulation des affects, l'impulsivité comportementale et les troubles perceptuels et cognitifs.

Deux classes sont essentiellement utilisées en raison de leur efficacité à large spectre, en particulier sur les symptômes comportementaux : **les inhibiteurs de la recapture de la**

sérotonine (ISRS) et les **antipsychotiques atypiques**. Les premiers ont un effet sur l'impulsivité indépendamment de leur efficacité sur la dépression et sur l'anxiété. Les seconds ont une action rapide sur les agirs destructeurs lors des états de crise. Leur efficacité au long cours est par contre beaucoup plus incertaine. Une majorité d'études montre en effet un épuisement de la réponse à un type de molécule donné, quelle qu'elle soit, après quelques mois de traitement (34).

I.F.1.a. Les antidépresseurs

Plusieurs études cliniques randomisées indiquent l'efficacité des ISRS sur **les fluctuations de l'humeur, la colère et l'anxiété**. Ce type d'antidépresseur reste celui privilégié en première intention devant :

- le risque toxique en cas d'ingestion volontaire
- l'aggravation potentielle des symptômes cognitifs avec les tricycliques
- les difficultés de prescription des IMAO

De plus, ils bénéficient d'une double action :

- biologique en réduisant l'hyperréactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire, avec comme conséquences une facilitation des processus de pensée et de réflexion, et un meilleur contrôle de l'impulsivité (GABBARD , 1994).

- neurogénétique en augmentant le volume de l'hippocampe avec une amélioration de la mémoire déclarative verbale.

L'efficacité des antidépresseurs tricycliques reste quant à elle incertaine, même lorsque se présente une dépression comorbide grave. L'électroconvulsivothérapie ne donne pas non plus de résultats concluants.

I.F.1.b. Les neuroleptiques

Les neuroleptiques désinhibiteurs utilisés à faible posologie sont efficaces sur un éventail de symptômes allant de la dépression atypique à l'anxiété ou à l'impulsivité, en passant par les éléments quasi psychotiques (35). Retenons en particulier leur incidence favorable sur :

- * la sortie de la dissociation psychotique transitoire
- * la réduction de l'hyperactivité, l'impulsivité et l'insomnie
- * l'apaisement des phénomènes interprétatifs : suspicion, idées de références, hallucinations transitoires... L'hostilité et la suspicion sont évalués comme des facteurs prédictifs d'une réponse favorable au traitement (OLDHAM 2006).

De nombreux neuroleptiques ont été testés, mais la littérature apporte surtout des données d'essais contrôlés randomisés concernant **l'olanzapine**, associée à une amélioration de l'impulsivité, agressivité, irritabilité, et anxiété, mais non corrélée à une baisse du nombre de passages aux urgences ou du score CGI.

De plus, leur utilisation de plus en plus courante dans cette indication n'est pas épargnée par des effets secondaires, parfois très invalidants dans le contexte comorbide du trouble (prise de poids et troubles alimentaires par exemple).

I.F.1.c. Les anti-convulsivants (carbamazépine et acide valproïque) et lithium

Ils sont utilisés pour leur effet anti-impulsif, avec d'autant plus d'efficacité qu'il s'agit de patients borderline avec comorbidité mixte à cycles rapides. Un essai contrôlé contre placebo a par ailleurs montré une bonne efficacité de la lamotrigine sur la composante agressive (TRITT et al, 2005)

I.F.1.d. Les benzodiazépines

Ces molécules souffrent d'une mauvaise tolérance, compliqué d'un risque de mésusage et de dérive addictive, ainsi que des risques d'une action désinhibitrice avec passage à l'acte suicidaire. Les benzodiazépines, à visée anxiolytique ou hypnotique, sont à utiliser avec la plus grande parcimonie. L'utilisation à visée sédatrice d'un neuroleptique (Cyamézine) leur sera alors préférée, ponctuellement, à faible dose.

Au final :

- ➔ Aucun traitement n'a montré d'efficacité sur la dimension abandonnique des troubles.

- ➔ Plusieurs méta-analyses confirment l'efficacité des antipsychotiques atypiques à faible dose et des régulateurs de l'humeur dans l'impulsivité et l'apaisement des réactions émotionnelles interpersonnelles explosives. En pratique quotidienne, la prescription de ces molécules est fréquente, et vise les symptômes cibles (colère, irritabilité, agressivité, dépressivité) tout en respectant le rapport bénéfices/effets secondaires (34). Les psychotropes peuvent permettre une amélioration relative et transitoire d'un état de crise, mais ne résolvent pas à long terme le traitement et la prise en charge. L'utilisation des psychotropes est le plus souvent symptomatique et doit être prudente compte tenu du risque addictif. Enfin, si la béquille médicamenteuse peut aider à renforcer l'alliance thérapeutique, les psychotropes ne représentent qu'un volet de la prise en charge et doivent toujours être replacés dans le contexte général de la relation patient-thérapeute. Ainsi, les résultats obtenus dépendent largement de la **qualité de l'alliance** qui influence elle-même la bonne observance du traitement.

- ➔ Malgré le rôle facilitateur de ces molécules, le traitement de première intention chez le

patient borderline demeure avant tout la **psychothérapie**.

I.F.2. Thérapies intégratives comportementales

I.F.2.a. Thérapie comportementale dialectique : TCD

Le premier outil est celui proposé par la TCD, incarnant un nouveau courant de psychothérapie, distinct de la psychothérapie analytique. La TCD développée par LINEHAN est une thérapie **ambulatoire combinant approche groupale et individuelle**. Elle cible les comportements autodommageables et a prouvé ses bénéfices sur la réduction des médicaments et des hospitalisations. Cette thérapie met en avant la validation, l'acquisition de compétences et les interventions dans l'ici et maintenant, à l'aide d'une alliance avec le thérapeute référent désigné comme coach.

LINEHAN appelle sa théorie « dialectique » pour cibler le caractère fondamentalement dichotomique et contradictoire de la pensée des patients borderline, souvent régis par le postulat affirmant « je veux vivre » et « je veux mourir ». Elle ne fait pas dériver tous les dysfonctionnements comportementaux et émotionnels des patients borderline de processus cognitifs altérés, comme le font BECK et YOUNG, même si elle reconnaît l'importance du construct cognitif de désespoir (hopelessness) comme prédicteur de suicide. Elle ne considère pas non plus que les facteurs biologiques jouent un rôle fondamental.

Elle fait plutôt une analyse méticuleuse des comportements-problèmes rencontrés en cours de thérapie, offrant au thérapeute un guide pratique pour les résoudre. Ces comportements comprennent les idées et gestes suicidaires, les problèmes de fin de thérapie, les absences aux séances ou refus de participation. L'organisation de la thérapie répond à cinq étapes : thérapie **individuelle** (contrat de crise et de comportements dommageables), thérapie de **groupe** hebdomadaire (portant sur les compétences), **supervision** hebdomadaire pour les thérapeutes,

généralisation des **compétences** (par le biais de consultations téléphoniques en dehors des heures normales de la thérapie) et **traitements** auxiliaires (médicamenteux, hospitalisations...)

Malgré son appellation, la thérapie dialectique est en fait une thérapie cognitivo-comportementale incorporant des méthodes connues (pleine conscience par exemple). L'apport spécifique de LINEHAN est l'importance qu'elle attache aux compétences interpersonnelles, l'importance du système social dans lequel le patient interagit, le rôle de la dysfonction émotionnelle et surtout l'utilité de la thérapie de groupe comme adjonction à la thérapie individuelle.

I.F.2.b. Thérapie des schémas : TOS

La TOS, développée par YOUNG entre 1990 et 2005, est une thérapie intégrative, mêlant des outils issus de la thérapie cognitivo-comportementale, de la psychodynamique via l'étude des relations d'objet, de la Gestalt et de l'attachement. Elle postule l'existence de schémas précoces inadaptés dans l'enfance (SPI). Or **l'activation inadaptée de ces schémas** génère une souffrance chez l'adulte recréée dans certaines conditions interrelationnelles. Ces sont des schémas cognitifs appris et inscrits dans la mémoire à long terme par lesquels le sujet traite l'information de son environnement. Ces SPI sont la conséquence de besoins affectifs fondamentaux non comblés au cours de l'enfance. Lorsque le patient vit des situations émotionnelles intenses, il s'opère une forme de régression, répondant à un mode spécifique de réactivation de schémas (enfant abandonné, parent punisseur, enfant en colère, protecteur détaché, et adulte sain). Identifier ces modes permet d'adapter les stratégies thérapeutiques, afin que ces SPI ne dominent plus la vie des patients.

Cette thérapie suppose donc l'utilisation de techniques émotionnelles, cognitives et relationnelles, afin de s'attaquer à un large spectre de symptômes, incluant les manifestations chroniques du trouble borderline.

I.F.3. Thérapies intégratives d'inspiration psychanalytique

La cure analytique reste, quand elle est possible, un traitement de choix (36). L'abord psychanalytique dans un cadre plus souple que la cure classique permet une prise en charge à long terme, avec un résultat plus profond et durable pour le sujet. Centrée sur l'analyse des relations d'objet primitives du sujet, elle permet d'intégrer le Moi et l'identité. Les obstacles principaux résident, d'une part dans l'intensité du « transfert négatif » de ces patients, d'autre part dans leurs graves tendances à l'agir.

Très souvent cependant, ce type de prise en charge s'avère irréalisable, non acceptée ou non supportée, une thérapie de soutien à objectifs limités restant la seule mesure possible, visant à soutenir le patient sur le plan narcissique. Dans ce prolongement, deux thérapies intégratives se sont dessinées pour proposer un outil thérapeutique plus accessible.

I.F.3.a. Thérapie centrée sur le transfert : TCT

La transference-focused psychotherapy (TFP) ou thérapie centrée sur le transfert (TCT) postule le clivage des relations d'objet afin d'orienter la psychothérapie sur le travail transférentiel.

Il s'agit d'une approche psychodynamique structurée sur des techniques de **clarifications, confrontations et interprétations**, qui offre un intérêt particulier chez les patients présentant des problèmes relationnels chroniques, notamment chez ceux dont la relation d'objet est la

plus fragile. Elle vise à modifier la représentation de soi et des autres, telles qu'elles sont rejouées dans le transfert « ici et maintenant », afin de satisfaire trois objectifs : l'amélioration du **fonctionnement réflexif**, privilégier le **mode secure** au mode insecure, travailler sur un élément central: **la colère** non élaborée.

Les séances sont bihebdomadaires, et la prise en charge débute là aussi par l'établissement d'un contrat de soins avec le patient, ciblant essentiellement les menaces suicidaires et les comportements symptomatiques pendant et en dehors des séances.

I.F.3.b. Thérapie basée sur la mentalisation : TBM

Huit ans plus tard, une autre thérapie a vu le jour : la thérapie basée sur la mentalisation (TBM) dérivée des théories développementales de FONAGY à partir de la théorie de l'attachement. L'intérêt de cette approche consiste à corriger les défauts de mentalisation, en modulant la position de thérapeute par des attitudes non interprétatives, « je ne sais pas », afin de faciliter les états mentaux propres du patient et sa perception de ceux des autres, notamment du thérapeute : « Se voir de l'extérieur et voir les autres de l'intérieur ».

Elle vise à dépasser les difficultés à **se construire une théorie de l'esprit** lorsque les attachements aux figures maternantes ne sont pas sécurisés. Elle représente une **alternative aux interprétations de transfert**, en proposant une interprétation des conflits et schémas interpersonnels dans les relations actuelles, sans faire référence à l'interaction patient-thérapeute. Elle permet également l'intégration de l'expérience par le patient **de son propre mode de pensée** au point de vue du thérapeute (stabilisation des images de soi, sens de soi cohérent, former des relations sécurisées).

Son efficacité a été prouvée sur un programme d'hospitalisations partielles en Angleterre (37).

I.F.4. Thérapies systémiques : SERP

Il s'agit d'une approche centrée sur l'apprentissage émotionnel et la résolution de problèmes, sous forme d'une prise en charge ambulatoire de groupe.

Elle combine des outils cognitivo-comportementaux et un apprentissage de compétences pour le patient et ses proches. Elle permet aux personnes désignées comme étant des membres de ce système (famille, proches, professionnels de la santé) et qui interagissent régulièrement avec les patients, de participer activement au processus de soins.

Cette technique est **complémentaire** de la psychothérapie, et vise surtout l'amélioration de **certains symptômes** (instabilité relationnelle et affective) ainsi que le **fonctionnement global** du patient.

→ Bilan : Ces psychothérapies apparaissent efficaces dans la prise en charge de plusieurs aspects concernant la personnalité borderline. Elles ont en commun l'aspect intégratif et la pose initiale d'un contrat, permettant de déjouer certains pièges de la relation thérapeutique si difficilement stable dans cette pathologie.

- La TCD possède **le plus haut niveau de preuve d'efficacité**, notamment par son action sur les comportements autoagressifs.
- La TBM possède **le plus large spectre d'action**. La thérapie de soutien et la formation d'inspiration systémique à la prédiction émotionnelle et à la résolution de problème offrent **la faisabilité** la plus importante.

Concernant les aspects affectifs, la TBM présente **l'effet d'apaisement** le plus important. Sur **les sphères comportementales**, hormis la TCT et la TOS qui n'ont pas étudié cet aspect, toutes les psychothérapies ont montré un effet soit sur les automutilations, soit sur les

tentatives de suicide.

Sans doute peut-on en déduire des différences d'indication en fonction des symptômes cibles et des ressources sanitaires disponibles. Néanmoins, nous ne disposons quasiment pas d'étude comparant les différentes modalités thérapeutiques entre elles qui pourraient permettre de préciser leurs indications préférentielles respectives au sein même de la pathologie borderline. De plus, un nombre insuffisant de thérapeutes formés aux applications de ces techniques en limite encore la portée.

I.G. CONCLUSION

La rétrospective historique de cette première partie nous a montré comment la psychanalyse a édifié ses repères cliniques et psychopathologiques par les réponses des patients dans la cure type. Mais elle s'est aussi paradoxalement mue dans une place sans cesse remaniée par les différentes voies d'abord théoriques, pour s'ériger à la fois comme **cause et conséquence du trouble**.

Sur le plan du traitement, le flou demeure quant à ce qu'il faut faire, mais les limites se précisent sur ce qu'il ne faut pas faire. Ces réflexions alimentent également l'intérêt naissant face aux modalités thérapeutiques non psychanalytiques : thérapie de groupe, thérapie familiale... Les espoirs d'une efficacité curative complète qui avaient alimenté la thérapie analytique et l'avait confrontée à ses limites pendant des dizaines d'années convergent petit à petit vers des **approches multimodales plus pragmatiques**, avec des objectifs plus modestes de changement.

Ce panorama des frontières montre que le trouble s'est construit sur des limites sans cesse remaniées, mais au même titre que les autres troubles psychiatriques.

Nous avons ainsi délimité un champ grâce au repérage et à la jonction possible de frontières,

de parties pour délimiter un tout, qui servira de cadre référentiel à la réflexion de ce travail :

- la réalité d'une entité clinique individualisée
- la place centrale de la psychanalyse
- la distinction entre trouble borderline et état limite
- un syndrome aux repères dimensionnels variables
- un fonctionnement aux mécanismes psychologiques récurrents
- l'interaction étroite avec les comorbidités
- l'absence d'un modèle intégratif exhaustif
- une association psychothérapie/pharmacothérapie pour une action ciblée
- des questions débattues : sur la conservation du terme « borderline », sur le passage de l'axe II à l'axe I, et sur sa validité auprès des adolescents

En écho aux constats précédents, nous garderons « trouble borderline » comme terminologie de référence dans la suite du travail. Néanmoins, lorsqu'il s'agira de réfléchir aux aménagements plus structurels, nous nous proposerons de revenir à la notion d'organisation de la personnalité, qui paraît plus opérante en intégrant les approches sémiologiques et psychopathologiques, étant donné la particularité de ce trouble de présenter une clinique très éclatée dans le champ psychodynamique. Nous parlerons alors d'« état limite », en faisant référence aussi bien à l'organisation qu'au fonctionnement de personnalité situé à un degré de sévérité intermédiaire. Une certitude se dégage alors de cette première partie :

→ L'état limite au niveau des connaissances actuelles ne peut plus être défini sérieusement selon une approche extrinsèque qui risquerait de réduire cette configuration clinique à un fourre-tout privé d'une cohérence interne. **Désormais, ce n'est plus tant une pathologie « à la limite de » qu'une pathologie des limites du Moi.**

L'intérêt de ce travail, réalisé avant tout dans une perspective clinique, réside alors dans la détermination des axes d'articulation entre une clinique d'allure très disparate et polymorphe, et les enjeux de la pathologie des limites du Moi, pour aboutir à des repères thérapeutiques tenant compte de chacune des frontières précitées.

II. DEUXIÈME PARTIE : LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX

Pour appréhender cette clinique, nous avons choisi de développer la voie des symptômes comportementaux. Considérer ces symptômes comme une voie d'abord privilégiée s'avère en effet pertinent pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle fait référence aux **fondements historiques du trouble**, qui, rappelons le, s'appliquent aux symptômes physiques des affections psychiatriques. De plus, l'issue des débats sur les classifications semble trouver un consensus dans la place centrale du repérage de ces symptômes, tant par leur qualité **catégorielle que dimensionnelle**. Les études révèlent également que ce sont les symptômes qui répondent a priori à la cinétique la plus constante dans l'évolution du trouble. En outre, il s'agit d'une voie d'abord cohérente, qui n'oblitére pas le repérage des autres symptômes, mais en facilite au contraire leur lecture, grâce à l'articulation qu'on peut en faire : instabilité de l'image de soi, effractions psychotiques transitoires... Enfin, définir ces symptômes comme une priorité s'avère essentiel en raison de **l'intérêt pronostic** sous-jacent, conditionné par leur impact sur la morbidité et la qualité de vie.

II.A. DELIMITATION DU CHAMP DES SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX

Nous avons choisi de délimiter cette voie d'abord par les critères n°4 et n°5 de la définition du trouble de personnalité borderline donnée par le DSM-IV (12).

- Le critère n°4 se réfère à une « impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet » (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) ». Elle s'exprime cliniquement chez les patients borderline sur deux plans étroitement mêlés

illustrant l'incapacité de ces sujets à tolérer les frustrations : les passages à l'acte et les conduites de dépendance.

- Le critère n°5 comprend les automutilations et gestes autolytiques à répétition caractérisés comme tels : « Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ». Ce critère serait prototypique du trouble lorsqu'il s'agit d'un comportement récurrent.

Nous choisissons de limiter notre choix à ces deux critères, bien que d'autres critères puissent intégrer plus ou moins indirectement notre champ symptomatique : le critère n°2 (« instabilité relationnelle »), le critère n°1 (« efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ») et le critère n°8 (« colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère »). Nous verrons que ces trois derniers critères s'inscrivent dans le prolongement psychopathologique des critères n°4 et n°5. Par exemple, l'impulsivité infiltre l'ensemble des modalités relationnelles et peut se traduire par l'instabilité professionnelle et affective, et colore donc l'instabilité relationnelle ainsi que les manifestations de colère.

A ces symptômes reconnus et validés empiriquement sur le plan diagnostique, nous dégagerons l'importance de deux autres symptômes, non spécifiques du trouble, mais qui constituent les piliers entre lesquelles est tissée la toile de la clinique. Ils représentent en quelque sorte le fil conducteur, dont les passages à l'acte incarnent une des facettes (38). Il s'agit de l'angoisse et de la dépression. Nous envisageons que ces symptômes comportementaux sont une conséquence de l'angoisse, et de son avatar, la dépression anaclitique.

II.A.1. « critère n°4 = Impulsivité dans au moins 2 domaines dommageables pour le sujet »

Il s'agit d'abord de définir le terme « impulsivité ». Ce terme s'applique par définition aux comportements impliquant « la hâte, la spontanéité, l'impatience ou le manque de considération pour les conséquences d'une action » (39). Il concerne donc le champ comportemental. Certaines références le définissent par la négation de la réflexion, de la pensée : « *Caractère d'une action spontanée, irréfléchie, induite sous l'influence des impulsions. Tendence irrésistible à l'accomplissement d'un acte sans réfléchir à ses conséquences ou à sa pertinence* » (40). L'impulsivité se traduit par des actes, certes, mais ne se réduit pas uniquement à la sphère comportementale. En effet, dans le repérage clinique du trouble borderline, cette impulsivité se décline dans deux tableaux principaux, les passages à l'acte et les conduites de dépendance, dont les manifestations vont infiltrer d'autres sphères de la vie du sujet.

II.A.1.a. Impulsivité et passage à l'acte

De signification polysémique, le passage à l'acte dans le trouble borderline se déploie sur un continuum qui va de la précipitation consécutive à un débordement interne, à l'urgence de réalisation d'une séquence qui ne peut plus être contenue psychiquement. Les passages à l'acte dans le trouble borderline peuvent être **autoagressifs** ou **hétéroagressifs** (colères, accès de violence, vols...). Ils touchent également la vie sociale du sujet avec ruptures sentimentales, ruptures professionnelles à répétition malgré une bonne qualité d'investissement. Ainsi, l'impulsivité qui les sous-tend conditionne aussi en partie le critère n°2.

Court-circuit ou carence d'élaboration, le passage à l'acte traduit une défaillance de la subjectivation. La symbolisation fait défaut, et ce passage à l'acte fait partie intégrante du mode relationnel du sujet. **Érigés en véritable mode de communication**, ils illustrent le désarroi affectif de ces sujets pour lesquels la relation avec autrui ne passe souvent que par la manipulation impulsive. L'impulsivité imprègne les relations interpersonnelles d'agressivité.

Cette agressivité s'exprime librement, intensément, elle n'est pas contenue, n'est pas symbolisée. Elle est source de passage à l'acte brusque, de comportements violents sans justifications, de réactions de colère non appropriées aux circonstances. KERNBERG a précisé que le passage à l'acte est **égosyntonique**, c'est à dire qu'au moment où le patient passe à l'acte, il obtient une satisfaction pulsionnelle, un soulagement, avec à distance une critique sévère de son geste. Cependant, le clivage empêche l'élaboration et entretient les répétitions, poussant certains auteurs à parler de dépendance à ce type de conduites.

L'impulsivité constitue un trait de personnalité majeur, qui lie personnalité borderline et passage à l'acte, selon une combinaison mêlant d'autres traits, en particulier l'agressivité et l'instabilité affective.

En effet, la cooccurrence d'un trouble impulsif et d'un trouble affectif est fréquente et se retrouve chez 75 % des patients. Elle comporte une **valeur prédictive significative du diagnostic** de trouble borderline (14). L'association entre une dysphorie intense et de l'impulsivité en réponse à un vécu d'abandon réel ou imaginaire serait ainsi particulièrement typique. La survenue de ces passages à l'acte est également favorisée par les comorbidités dépressives (41) ou addictives (par altération du jugement, dysphorie..).

II.A.I.b. Impulsivité et conduites de dépendance

Les conduites de dépendance s'imposent également massivement dans le champ clinique des borderline, en particulier le recours aux produits. « Prothèse externe » selon KERNBERG, le toxique ou l'alcool vient pallier un narcissisme défaillant. Procurant à la fois gratification immédiate et manque, l'usage de telles substances reproduit artificiellement le clivage. Dans ce registre, peuvent également se rencontrer des troubles du comportement alimentaire (de type boulimique, anorexique-boulimique, troubles non spécifiés, et plus rarement anorexique

restrictive), des troubles des conduites sexuelles ou des conduites de jeu pathologique et d'achats compulsifs.

** abus de substances*

GUNDERSON et ZANARINI ont fortement contribué à l'étude de la comorbidité entre trouble borderline et consommations de substances. Dans une série d'études prospectives, ils confirment une incidence de nouvelles consommations de substances dans le trouble borderline supérieure aux autres troubles de personnalité (à l'exclusion de la personnalité antisociale) en précisant les taux de survenue (42). Ces taux sont en faveur d'un type de consommation plus rapide et plus massif que dans les autres troubles, quel que soit le niveau de rémission du trouble borderline. De plus, leur étude prospective sur 10 ans montre un déclin dans le temps de plus de 80% toutes substances confondues, où 90% expérimentent une rémission, chiffre pondéré par un taux de rechute d'environ 40% à 10 ans (43). Ils précisent également que ces chiffres reflètent plutôt une consommation de type *dépendance* plutôt que de type *abus*.

Le trouble de personnalité borderline représenterait donc un **facteur constant de vulnérabilité** pour la survenue de nouvelles substances et l'installation d'une dépendance, qui ne disparaît pas avec l'amélioration de la symptomatologie. Par contre, la gravité du trouble est corrélée à la **précocité** de survenue ainsi qu'à la **fréquence** des abus de substances.

Ces données étayent la question de facteurs étiologiques communs entre trouble borderline et addiction aux substances.

→ L'hypothèse de l'appartenance au spectre des troubles de l'impulsivité pourrait servir de substrat génétique, mais à l'heure actuelle, les preuves manquent pour la valider. L'autre hypothèse d'une réponse aux stressors environnementaux peut également être évoquée. En

effet, les sujets borderline présentent des réponses plus fortes aux stressors psychosociaux que les sujets contrôles, et particulièrement aux stressors interpersonnels. Chez les consommateurs dépendants, la prise de produit est fréquemment secondaire au craving issu des stress et stimuli environnementaux associés à la prise de produit, qui jouent aussi un rôle critique dans la rechute après une abstinence prolongée. Le rôle des stressors environnementaux pourrait s'appliquer à la fois à **la survenue des deux états pathologiques** de façon indépendante, mais aussi **favoriser la vulnérabilité de l'un face à l'autre**.

De ces observations, émerge l'hypothèse que ces patients borderline avec une plus forte incidence d'addiction aux produits représenteraient **un sous-groupe dont la vulnérabilité reflèterait un plus haut niveau d'impulsivité que chez les autres patients borderline**. L'hypothèse des sous-groupes permettrait de distinguer les sujets selon leur mode de consommation : ceux qui n'ont jamais eu de problème d'abus de substances, ceux qui ont eu un problème limité dans le temps qu'ils ont surmonté (car rémissions sur deux ans fréquentes), et ceux qui ont un problème intermittent mais récurrent (environ 40%). Ces sous-groupes reflèteraient une hétérogénéité du profil de consommateurs, qui ne présenteraient pas la même sensibilité aux approches thérapeutiques, et soulignerait ainsi l'hétérogénéité des approches à privilégier. Cela soulève la question de l'efficacité de la thérapie, en particulier la thérapie comportementale et dialectique, car malgré la preuve de son efficacité chez les patients dépendants, elle n'est pas évidente chez les sujets répondant uniquement aux critères d'abus.

➔ Bien que ces données suggèrent un facteur étiologique commun entre trouble borderline et addiction, on ne peut éliminer la possibilité que **d'autres troubles comorbides de l'axe I**, en particulier les troubles de l'humeur, influenceraient la survenue de consommation de substances. Pourtant, la comorbidité entre épisode dépressif caractérisé et trouble borderline est à peine plus élevée que dans les autres troubles de personnalité. De plus, ces données ne

prennent pas en compte les variations selon le type de substances, en particulier opioïdes, ni selon l'influence des événements de vie.

Malgré les incertitudes sur la validité de ce spectre de l'impulsivité (qui s'intègrent par ailleurs dans les débats autour des classifications en mêlant axe I et II), la réalité de la vulnérabilité de ces sujets à la pathologie addictive est avérée (44).

Elle doit être prise en compte pour éclairer les écueils de résistance aux traitements et les devenir péjoratifs, d'autant plus que la cooccurrence entre borderline et addiction est associée à un taux de suicidalité plus élevé et un ralentissement de rémission, plus que les autres comorbidités de l'axe I. De plus, la rémission de l'addiction s'ensuit parfois de celle du trouble borderline. Pour ces raisons, les auteurs insistent sur la priorité à donner au traitement de l'addiction quand cette cooccurrence est diagnostiquée.

** troubles du comportement alimentaire (TCA) (45)*

Tout d'abord, l'incidence des TCA dans le trouble borderline est majeure : le diagnostic d'anorexie-boulimie est 20 fois plus fréquent que dans la population générale, et celui des troubles non spécifiés (EDNOS) est 10 fois plus important. Le trouble borderline se différencie des autres troubles de l'axe II par une plus forte prévalence d'EDNOS. Bien que ces taux tendent à décroître avec l'évolution du trouble borderline (TCA baissent de 61%, anorexie de 73% et EDNOS de 38%), les auteurs recueillent des rémissions certes stables sur les 10 ans, mais pondérées par de fréquentes migrations vers d'autres types de TCA, en particulier vers les EDNOS. Ainsi, au fur et à mesure que les patients borderline vieillissent, ils développeraient des patterns de TCA d'allure moins pathogène que les TCA qu'ils subissaient plus jeunes, mais ancrés dans un processus de chronicisation entretenant la psychopathologie du trouble.

→ Au final, les EDNOS représentent la forme la plus fréquente de TCA chez le borderline, composés en majeure partie de binge eating disorder (BED). Le pronostic de patients borderline présentant des TCA, quel que soit le type, est compliqué par **l'importance des migrations cliniques**, venant assombrir les perspectives de rémissions.

Entre TCA et borderline, l'intrication des tableaux cliniques complique l'approche diagnostique, d'autant plus qu'ils partagent des **soubassements étiopathogéniques communs, notamment du registre traumatique** (26). Selon la prévalence et la gravité du tableau clinique, nous pouvons placer le curseur selon deux angles.

- Soit centré sur le TCA, auquel cas le trouble borderline représenterait un facteur de risque de TCA. Les symptômes du trouble borderline (impulsivité, automutilations, colère, vide...) s'avèrent plus intenses sur les échelles d'évaluation lorsque un TCA y est associé, que lorsque le trouble est isolé. Ainsi, il entretiendrait sa propre psychopathologie par l'activation des symptômes alimentaires.
- L'autre point de vue consiste à attribuer la place centrale au trouble borderline. Dans ce cas, le TCA serait un symptôme **équivalent d'autoagression** (46).

Identifier la cooccurrence des deux troubles est essentiel du point de vue thérapeutique. D'une part ce repérage permet de guider la prise en charge, car la psychothérapie ne pourra être effective que lorsque le sujet sera en capacité de s'y engager, en particulier au niveau cognitif. D'autre part, il permet d'intégrer les recommandations insistant sur l'intérêt de la psychothérapie du trouble borderline en première intention, puis sur les mesures spécifiques au TCA (psychoéducation, TCC), sauf lorsqu'une renutrition est nécessaire en urgence sur le plan somatique.

- *conduites sexuelles*

Fréquentes également, les tendances sexuelles polymorphes prennent la forme d'une véritable addiction avec recherche permanente de promiscuité. Elles évoluent dans une succession d'expériences impulsives, cahotiques, imprévisibles, tant hétéro-qu'homosexuelles, sadiques que masochistes, peu liées à un scénario pervers déterminé, mais toujours infiltrées d'agressivité. La variabilité du partenaire et les conduites à risque sont la règle. Le choix du partenaire oscille entre des relations homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles (47).

Les patients borderline, qu'ils soient hommes ou femmes, déclarent trois fois plus une sexualité type homo ou bi comparativement aux autres troubles de personnalité, avec une prévalence majoritaire de l'homosexualité (environ 40%) mais sans identifier cela comme un gage d'identité sexuelle déterminée. L'orientation sexuelle ne dépend donc pas du choix du partenaire, car leur choix est en fait plus partenaire-spécifique que genre-spécifique, et le changement de genre de partenaire dans le temps ne présage pas forcément d'un changement d'orientation sexuelle, mais plutôt d'un besoin impulsif de s'appuyer sur les qualités attendues de ce nouveau partenaire. Nous pouvons alors supposer que le choix du partenaire a moins à faire avec l'attraction sexuelle qu'avec la **garantie narcissique que procure la relation**. Cette observation est un peu moins évidente chez les patients masculins.

Selon KERNBERG certains comportements sous-tendus par des déviations pulsionnelles (miction, défécation) sont très évocateurs de personnalité limite. L'observation de ces conduites conjecture leur architecture fondée sur des mécanismes très clivés. En effet, le patient entretient avec certaines personnes de son entourage une relation de soumission (à l'image d'une relation parent-enfant) avec idéalisation, et des moments de bascule vers une agressivité à l'égard de l'objet (dévalorisation de l'objet préalablement idéalisé) qui n'a pas répondu à ses attentes. De même, l'état qui fait suite à l'absorption du toxique (alcool, drogue) ou à la compulsion (boulimie, jeu pathologique, achats compulsifs, tendances sexuelles

perverses polymorphes) est idéalisé, en même temps qu'il constitue une agression du sujet lui-même, le patient le critiquant à distance.

II.A.2. Critère n°5 : automutilations et tentatives de suicide répétées

Ce critère comprend un éventail de symptômes qu'il s'agit avant tout de définir.

- Automutilation : « blessure intentionnelle que le sujet inflige à une partie de son propre corps sans intention apparente de mourir »
- Tentative de suicide : selon l'OMS (1992) elle se définit soit comme un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui causera des dommages autoinfligés, soit par l'ingestion d'une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire.
- Le suicide est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie.

II.A.2.a. Automutilations et trouble borderline

- Prévalence des automutilations dans la population borderline

Parmi la population borderline, les automutilations sont présentes chez 79% à 90% des sujets et chez 52% des patients suivis en ville.

Les automutilations concernent 17% à 41% des patients d'une population psychiatrique, essentiellement chez ceux souffrant d'un trouble de personnalité et d'un trouble du comportement alimentaire. La personnalité borderline est celle qui est le plus souvent associée aux conduites automutilatrices, et représente 48% de la population globale automutilatrice. Ces patients auraient 13,5 fois plus de risques de réaliser 25 ou plus automutilations, 13 fois

plus de risques de réaliser 50 ou plus automutilations par rapport à des sujets témoins d'axe II (44).

Certains auteurs considèrent même les blessures auto-infligées comme un symptôme pathognomonique de ce trouble de personnalité dont la présence augmenterait la fréquence des tentatives d'autolyse et des hospitalisations. Pour d'autres auteurs, la séquence comportementale ainsi que les motivations et les fonctions des automutilations sont identiques et présentes dans d'autres types de troubles de personnalité (48) indiquant ainsi une indépendance vis à vis de ce symptôme. Selon GICQUEL, ce critère « automutilations impulsives » ne représente « une condition ni nécessaire, ni suffisante et encore moins pathognomonique pour poser le diagnostic de trouble borderline ». Cette précision permet d'éviter l'amalgame confondant symptôme et diagnostic (49).

Par contre, d'un point de vue psychométrique, les sujets borderline qui s'automutilent ont des scores plus élevés au DIB-R pour les dimensions impulsivité/action, affects, psychoticisme, et surtout au niveau global du score (index borderline).

Automutilations et suicidalité ressortent comme les critères les plus prototypiques du trouble borderline.
--

- *Caractéristiques des automutilations dans la population borderline*

Chez les patients souffrant de trouble borderline, les automutilations se distinguent par certaines caractéristiques : elles sont fréquentes (50-80%), répétées (41% des patients font plus de 50 automutilations), précoces (5% des automutilations débutent entre 0 et 5 ans) et polymorphes (scarifications, ulcérations, brûlures, lacérations). La localisation la plus fréquente des automutilations (avant-bras) et le moyen le plus souvent utilisé (coupure) sont comparables dans la littérature (50). Les auteurs identifient également un caractère répété des

passages à l'acte dans trois quarts des cas, parfois jusqu'à une centaine de fois, les sujets utilisant alors plusieurs méthodes d'automutilation. Le mode opératoire, impulsif ou compulsif, est variable. Certaines études penchent pour une prévalence du mode impulsif (CLARKIN), alors que d'autres insistent sur **l'équilibre entre les deux grandes catégories de comportements automutilateurs : impulsifs et compulsifs** (ZANARINI). Le choix du type d'automutilation relèverait du **polymorphisme clinique** du trouble borderline en présence. Dans le prolongement de ce constat, le switch clinique d'un type d'automutilation à un autre type revêt une valeur significative.

L'âge de début des automutilations chez le patient borderline est environ 21 ans, avec des variations selon les définitions retenues de 4 à 47 ans (17, 50). 61% des patients commencent à se mutiler à l'adolescence ou à l'âge adulte. 5% commencent dans la petite enfance et 12% lors de la phase de latence.

La durée moyenne des gestes automutilateurs est de 9 ans environ, dans un intervalle de 1 mois à 46 ans. La fréquence des automutilations dans le temps diminue rapidement chez les patients traités : de 81-90% des patients rapportant initialement des automutilations, 28% seulement en rapportent après 6 ans de suivi, 13% après 10 ans. Ainsi, il existe une diminution de 85% des gestes automutilateurs sur 10 ans. Cette diminution est cependant moins marquée que chez des sujets souffrant d'autres troubles de la personnalité, qui rapportent dans le même temps une diminution de 99% de leurs gestes automutilateurs. Ce symptôme ne semble donc pas s'inscrire sur la durée.

Les patients borderline avec automutilations ont un taux de suicide deux fois plus élevé que ceux qui ne présentent pas ces comportements. Certains auteurs rapportent l'existence d'un sous-groupe de patientes « super destructrices » qui débuteraient les automutilations dès l'enfance et qui développeraient de manière contemporaine un comportement suicidaire.

- *Etat psychique des patients borderline automutilateurs*

Ils décrivent une impossibilité à résister au besoin impérieux de s'automutiler, un état de tension psychologique préalable insupportable, similaire à ce qui est observé dans les conduites addictives (51). L'anxiété, lors de la période qui précède le geste d'automutilation est croissante, avec une agitation, un sentiment de colère et d'impuissance. Des sensations de dépersonnalisation ont également été décrites au moment de l'acte d'automutilation. Il existe une diminution des capacités d'adaptation, le sujet ne parvenant pas à gérer cette anxiété. Le passage à l'acte est suivi d'un soulagement important de la tension. L'humeur est souvent décrite dans la littérature comme dysphorique pendant et après le passage à l'acte.

ZANARINI a mis en exergue plusieurs facteurs à risque d'automutilations dans la population borderline (52) : **sexe féminin**, sévérité des affects et surtout des **cognitions dysphoriques** (car les affects seraient plus réactionnels à l'environnement que les cognitions, plus stables), sévérité des **symptômes dissociatifs**, dépression majeure, antécédent d'abus sexuel dans l'enfance, et agression sexuelle à l'âge adulte. L'association d'affects et de cognitions dysphoriques serait particulièrement évocatrice. La dissociation répondrait à plusieurs hypothèses mêlant part héréditaire et stratégie de coping post-traumatique.

Au regard de ces deux facteurs, dissociation et dysphorie, il semble que les états détachant le sujet de ses sentiments compliquent le risque de s'engager dans le processus autodestructeur.

Sur le plan psychopathologique, l'apparition de comportements autoagressifs dans la trajectoire du sujet borderline témoigne d'une instabilité structurelle plus marquée, faisant intervenir une plus forte incidence de **processus primaires d'agression**, une **perturbation plus grave des limites**, et des **mécanismes de défense** plus archaïques, que nous développerons par la suite.

➔ L'ensemble de ces données impose l'automutilation répétée comme **un indice de gravité** clinique majeur du trouble borderline.

II.A.2.b. Suicide et trouble borderline

- *prévalence des conduites suicidaires dans la population borderline*

Les études empiriques convergent en faveur d'une gravité potentielle du trouble, entraînant un risque important de décès par suicide, de survenue souvent tardive (10% en moyenne selon les études) soit un risque suicidaire 40 fois plus élevé qu'en population générale. Selon les études, 40-85% des troubles borderline réalisent au moins une tentative de suicide (TS).

La prévalence des gestes suicidaires est de 12% à la phase de latence, 31% à l'adolescence et 71% à l'âge adulte. Cette prévalence croissante selon la tranche d'âge est donc comparable à celle des automutilations.

Les patients borderline suicidants se différencient des autres patients suicidants, par un pronostic plus sombre, lié à un plus grand nombre de facteurs de risque de récurrence des conduites suicidaires, par une plus grande utilisation des structures sociales et sanitaires ainsi que par des indices d'altération du fonctionnement psychosocial.

- *Caractéristiques des tentatives de suicide dans la population borderline*

Elles présentent des caractéristiques communes aux automutilations en terme de répétition (44% font plus de 5 TS) et de précocité (12% débutent entre 6 et 12 ans).

Elle s'en distinguent néanmoins par **leur méthode, univoque, leur intentionnalité et leur risque léthal**, étant donné qu'un antécédent de TS multiplie par 40 le risque ultérieur de décès par suicide.

Nous remarquons que 40% des sujets borderline réalisent plus de 50 automutilations dans leur vie, et plus de 10 TS. Le **critère de répétition** semble donc central dans le mécanisme de survenue des gestes autoagressifs. Parmi ces patients borderline, 100% des patients ayant réalisé des récives suicidaires reviennent aux urgences dans l'année, dont 94% pour une nouvelle TS. Les patients avec récive sont ceux qui fréquentent régulièrement les urgences psychiatriques.

Notons au passage que quelques critères descriptifs des sujets borderline coïncident avec certains facteurs de récive du comportement suicidaire, notamment ceux en rapport avec l'anamnèse: sexe féminin, antécédents personnels d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide, antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ; ou ceux en rapport avec la clinique : la comorbidité avec un autre trouble de l'axe 1, le sentiment de solitude. Précisons également l'existence de **facteurs de risque de récive plus spécifiques** : la sortie récente ou prématurée d'un service d'hospitalisation, un score d'idéation suicidaire de Beck plus élevé, un niveau d'éducation élevé. Par contre, **on ne retrouve pas dans la littérature de symptôme spécifique** au trouble borderline qui permettrait de prédire préférentiellement un comportement suicidaire par rapport à un comportement non suicidaire.

Mais il existe une corrélation entre l'intensité des symptômes et l'augmentation du risque de récive de passages à l'acte. Plus le trouble borderline est grave, plus le risque de récive est important (53).

- *Suicide et dépression dans le trouble borderline*

Le risque suicidaire chez les patients borderline avec automutilations est d'autant plus élevé que qu'une comorbidité dépressive est diagnostiquée. Les auteurs retrouvent une augmentation de la fréquence et de l'intensité des actes (54).

Il est coutume de considérer la tentative de suicide du patient borderline de gravité moins délétère que dans l'épisode dépressif majeur (EDM). Mais devant le taux de morbidité important chez le borderline, la létalité apparaît toute aussi grave que dans la dépression. Ce constat est argumenté par SOLOFF, qui précise que les tentatives de suicide chez le borderline ne diffèrent pas dans leurs caractéristiques de celles de l'EDM : **même degré de létalité, de scénario, de violence, et de dommages. Par contre, les patients borderline se distinguent des dépressifs seuls par une survenue plus précoce, et plus d'antécédents de TS.** (55)

De plus, la comorbidité dépressive vient **potentialiser le risque de suicide** par la combinaison des traits psychopathologiques propres à chaque entité : plus de dysphorie et d'impulsivité (du trouble de personnalité), associées à une plus grande perte d'espoir (de l'EDM).

Cette potentialisation a pour conséquence une augmentation du nombre de tentatives de suicide, une plus forte intentionnalité et planification, ainsi qu'un plus fort degré d'impulsivité et de chronicité des idées suicidaires.

Le clinicien doit donc s'enquérir d'une grande vigilance devant cette comorbidité dépressive, qui augmente à la fois la sévérité des symptômes de chaque trouble, mais impose également une psychopathologie particulièrement plus sévère aux passages à l'acte.

Ainsi, isolée, l'impulsivité pour le borderline est un facteur de risque du nombre de TS, mais n'est pas prédictive des caractéristiques de l'acte (planification, létalité...). Isolée, la perte d'espoir chez le dépressif n'est pas un facteur de récurrence mais augmente la létalité.

➔ **Leur synergie provoque une augmentation significative de la gravité de la TS.** De plus, les deux facteurs s'auto-entretiennent. En effet, l'impulsivité augmente le risque de récurrence. Avec la chronicité des TS, **la perte d'espoir s'aggrave** et vient majorer le risque de létalité au fil des récurrences de TS.

II.B. ASSOCIATION ENTRE AUTOMUTILATION ET SUICIDE

Les liens entre automutilations et suicide présentent la particularité de questionner nos modalités cliniques et thérapeutiques autant en urgence qu'au long cours : englobons les dans une variante du suicide, comme l'énonce DURKHEIM, ou dans le champ des parasuicides des anglosaxons et nous les dotons alors d'une fonction commune. Or, la clinique nous rapporte des différences majeures, en terme d'intentionnalité suicidaire surtout, mais aussi de létalité, de méthodes et enfin de vécu subjectif. En effet, l'acte automutilatoire est sous-tendu soit par la recherche d'atténuation d'une tension, soit par une humeur déstabilisée, ou encore par une distraction face à des affects douloureux, voire par une forme d'autopunition. Il est en général suivi d'un apaisement. Au contraire, la tentative de suicide répond à une perte d'espoir, un intense vécu de dépression et une intention de mourir. **Il s'agit donc bien de deux entités distinctes, mais entretenant des liens étroits**, pétris de paradoxes desquels nous pouvons dégager quelques perspectives, dont l'intérêt n'a d'égal que la fragilité de cette population borderline sur le plan de la morbidité suicidaire.

L'étude de DULIT et al. précise la corrélation épidémiologique entre automutilation et suicide (56). Sur 124 patients atteints d'un trouble borderline, ceux avec des comportements d'automutilations ont davantage de comorbidités sur l'axe 1 que ceux sans automutilation (dépression, troubles du comportement alimentaire) ainsi qu'un risque suicidaire plus élevé. Mais cette donnée n'est valable que pour les patients dont les automutilations sont fréquentes et répétées.

Deux hypothèses peuvent en être déduites.

- Tout d'abord, la présence de dépression ou de troubles du comportement alimentaire **augmenterait le risque d'automutilations répétées et de suicide** chez les borderline.

Précisons que si la présence d'un trouble de l'axe I constitue un facteur de risque, il ne s'agit pas pour autant d'imputer le suicide ou l'automutilation répétée à la dépression. En effet, on **ne retrouve pas significativement plus de dépression chez les borderline**, dont les critères cliniques diffèrent par ailleurs de ceux des dépressions graves habituelles, car ils s'accordent sur un vécu plus subjectif des affects dépressifs: vide et ennui beaucoup plus que la culpabilité qui est plus rare. De plus, la littérature converge vers la constatation que ces comportements autoagressifs chez les sujets borderline surviennent en dehors de tout contexte dépressif, et sont plutôt liés à **l'impulsivité et au dyscontrôle comportemental** entraînant des comportements de type antisocial avec difficultés d'insertion professionnelle.

- L'autre hypothèse inférée est que **les comportements d'automutilation répétés seraient corrélés statistiquement au risque de suicide**. Par contre, au cours de trois années de suivi, SABO et al. ont montré que les comportements suicidaires s'infléchissent beaucoup plus que les comportements d'automutilations. La corrélation varie, et cette hétérogénéité d'infléchissement illustre **le passage d'un tableau de tentatives de suicide et automutilations répétées, à un tableau d'automutilations répétées et suicide réussi**. CRAWFORD confirme cette hypothèse en rapportant ce chiffre : ¼ à 1/3 des suicides sont précédés dans l'année d'une forme d'autoagression par automutilation. Cette perspective à moyen terme suppose l'absence ou du moins la mise en second plan d'une intentionnalité suicidaire initiale. Nous avons également évoqué la fluctuation du trouble borderline dans le temps rendant confus le diagnostic de trouble borderline chez l'adolescent. Cette variabilité des symptômes touche bien logiquement le champ du suicide. En effet, les comportements impulsifs, les gestes suicidaires et autoagressifs ont tendance à s'effacer assez vite, alors que la

dysphorie, les sentiments de solitude, de dépendance et d'abandon sont plus durables. Ainsi, on observe avec l'âge :

- soit une amélioration du fait d'une plus grande maturité, d'une meilleure maîtrise de l'impulsivité et d'une meilleure introspection
- soit au contraire un nombre de suicides réussis plus élevé

➔ Il y a ainsi un lien statistique entre deux comportements différents de la vie du patient.

L'exploration de ce lien nécessite de penser les mécanismes en jeu dans l'automutilation et le suicide, et aussi de se demander en quoi **l'antériorité d'un comportement automutilateur pourrait modifier le risque de suicide ultérieur**. OUMAYA et al. ont mis en évidence que pour certains auteurs, l'automutilation constitue un **facteur de protection** en raison de l'effet « court-circuit », alors que pour d'autres, les automutilations avec TS ont un risque plus élevé car ils expriment **plus de désespoir et d'impulsivité**, et surtout sous-estiment la létalité de leur geste (57).

➔ Si l'on suppose que comme événement isolé, l'automutilation se distingue de la tentative de suicide par plusieurs aspects (d'intentionnalité, létalité, méthode), nous devons les considérer ici dans le cadre nosographique imposé par le trouble borderline, à savoir comme événements « répétés ».

On ne peut conclure sur le lien entre automutilations et suicide même si une littérature semble mettre en avant les automutilations comme un facteur de risque de suicide, en particulier dans leur caractère de répétition. Ainsi, le clinicien doit être beaucoup plus vigilant chez les sujets borderline avec des antécédents communs de tentatives de suicide et d'automutilations extrêmes et répétées, car ces patients sous-estiment le potentiel léthal de leur comportement

autoagressif, sont plus sensibles à la dysphorie, et expriment plus de désespoir et de destructivité (57).

II.C. HYPOTHÈSES NEUROBIOLOGIQUES DES SYMPTÔMES

COMPORTEMENTAUX

Quatre types de neurotransmetteurs sont impliqués dans l'expression des traits impulsifs et agressifs. Ces systèmes, rappelons-le, ne sont ni spécifiques d'un trouble de personnalité, ni spécifiques de la dimension auto ou hétéro agressive. Il s'agit des circuits sérotoninergique (5-HT), dopaminergique (DA), noradrénergique (NE) et gabaergique (GABA). Nous insisterons ici sur leur mise en jeu dans le circuit de l'impulsivité.

II.B.1. Circuit sérotoninergique

Les données scientifiques sont en faveur d'une **diminution du tonus sérotoninergique chez les patients s'automutilant, qui serait liée à un mauvais contrôle de l'impulsivité**. Ainsi, FAVAZZA (51) a proposé que les automutilations soient classées dans l'axe I du DSM-IV comme trouble du contrôle des impulsions non spécifié par ailleurs. Il semble manquer à ce jour d'études longitudinales sur ce sujet pour contribuer à définir les automutilations comme une entité diagnostique à part entière.

→ Cette baisse de l'activité sérotoninergique est reflétée par la réponse plus émoussée de la prolactine à la D-fenfluramine chez des patients borderline que chez les patients avec d'autres

troubles de personnalité. De plus, la diminution de l'activité sérotoninergique est **proportionnelle à l'augmentation de l'agressivité et de l'impulsivité.**

→ Dans le LCR, Le taux de 5HIAA, métabolite de la sérotonine, est plus bas chez les patients suicidaires, et ce de façon inversement proportionnelle à la gravité du geste. Ce taux est aussi une mesure d'activité **d'impulsivité, d'hostilité et d'irritabilité.** Dans le trouble borderline, des taux diminués de 5HIAA dans le LCR sont alors corrélés aux tentatives de suicide mais ni aux automutilations, ni à la violence comportementale.

En conclusion, la diminution de l'activité sérotoninergique est corrélée à l'impulsivité et à l'agressivité **sans prédire de la dimension auto ou hétéroagressive de l'intention suicidaire,** de la gravité, de la violence et de la planification du geste autoagressif.

L'ensemble de ces résultats suggère l'existence d'un moins bon degré d'inhibition, ou d'une plus forte impulsivité causée par une moins forte activité 5HT, **non spécifique du trouble borderline.** Le dysfonctionnement du système sérotoninergique central est donc un trait de vulnérabilité suicidaire, indépendamment du diagnostic psychiatrique.

II.B.2. Autres systèmes

** Le système gaba*

Il a un effet inhibiteur sur les comportements agressifs.

** Le système noradrénergique*

Il est impliqué dans un mécanisme peu documenté dans les automutilations. L'augmentation de noradrénaline au SNC est corrélée positivement avec un niveau d'agressivité plus haut, des taux plasmatiques de noradrénaline plus importants chez les automutilateurs.

** Le système mésolimbique dopaminergique*

Il module les réponses affectives à l'environnement par l'agressivité. La dysrégulation dopaminergique et l'augmentation d'opioïdes antagonistes contribuent à la pathogénie des automutilations.

II.B.3. Le cholestérol

Dans les voies de recherche, certains auteurs ont mis en évidence une association entre les taux plasmatiques de cholestérol bas et le risque de comportement suicidaire. Le cholestérol plasmatique pourrait être un indicateur périphérique pertinent de vulnérabilité suicidaire (58).

II.D. ILLUSTRATION PAR NEUROIMAGERIE DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX

La aussi, les anomalies retrouvées ne sont pas spécifiques du trouble borderline et s'inscrivent dans une concordance neurologique, biologique et génétique. Nous avons vu précédemment que le **cortex préfrontal et ventromédian frontal** étaient impliqués dans la réduction de l'impulsivité et de l'agressivité.

→ Le cortex **préfrontal dorsolatéral** (impliqué dans les déficits attentionnels de la résolution de problèmes et la rigidité cognitive) et le **cortex orbitofrontal** (impliqué dans la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité, la désinhibition comportementale) seraient plus précisément déficitaires chez ces sujets.

→ La convergence d'anomalies au niveau du **cortex préfrontal ventromédian** (impliqué dans les **anomalies de prise de décision**) pourrait être spécifique du suicide, indépendamment du diagnostic, et indiquer le rôle clef de cette région dans la vulnérabilité suicidaire (58).

II.E. DEUX FILS CONDUCTEURS A CETTE CLINIQUE : L'ANGOISSE ET LA DEPRESSIVITÉ

II.E.1. L'angoisse

Cette angoisse est différente de l'angoisse névrotique. Elle est diffuse, flottante, se caractérise par la facilité avec laquelle elle envahit le patient, et par sa labilité. L'angoisse peut aussi se manifester par des crises aiguës avec des aspects somatiques. Elle peut s'exprimer de manière paroxystique, avec des expériences de déréalisation, de sensation de perte du sens des choses et de la cohérence interne. On note également durant ces phases aiguës, une lutte contre des fantasmes d'abandon, des sentiments d'annihilation, des phobies d'impulsion, d'échec.

Cette intolérance du patient à son angoisse témoigne d'une " faiblesse du Moi ", décrite par les psychanalystes. Pour BERGERET, cette angoisse correspond à une **angoisse de perte d'objet ou d'abandon** (8). Elle est liée à l'objet : angoisse d'abandon lorsque celui ci s'éloigne ou angoisse d'intrusion lorsque se rapproche. Elle diffère de l'angoisse de castration retrouvée chez le sujet névrosé, plutôt sous-tendue par la culpabilité oedipienne, et de l'angoisse de morcellement du psychotique. Alors que chez le psychotique, les limites entre soi et l'objet sont abolies, chez le patient borderline, elles sont fonctionnelles mais poreuses.

Cette angoisse n'est pas celle de perdre l'objet mais de se perdre soi même dans l'objet, révélant la peur d'être assujetti. Cette implication du Moi fait écho à l'angoisse décrite par

WINNICOTT : une « crainte de l'effondrement » du bébé lorsque l'environnement n'a pu répondre de façon contenantante à une situation de détresse (5).

Une hypothèse consiste à considérer les symptômes comportementaux comme une manifestation essentielle de cette angoisse (38). En effet, la clinique nous montre, et les cas cliniques qui suivent nous le confirmeront, que réactions agressives et rejet sont la règle dès que le partenaire ne répond pas exactement aux exigences de cette demande massive, renvoyant alors le patient à ses angoisses d'abandon. Cette vulnérabilité à l'angoisse se retrouve également dans l'instabilité qui préside aux investissements affectifs et socioprofessionnels, ou qui infiltre la relation thérapeutique. L'élaboration de cette angoisse s'impose ainsi fondamentalement dans la pratique clinique, car il s'agira de contenir l'angoisse du patient, tout en s'assurant de pouvoir contenir la nôtre.

II.E.2. La dépressivité

La prévalence des éléments dépressifs est telle que certains auteurs, comme BERGERET, en ont fait l'élément central de l'organisation structurelle du patient limite (8). Entre dépressivité et dépression, la frontière est ténue, et ses enjeux seront d'ailleurs précisés dans la suite de ce travail. Lorsqu'elle est identifiée, la dépression revêt des caractéristiques particulières. En effet, le **ralentissement psychomoteur est rare**, et s'il est présent, ne s'accompagne pas de variation circadienne. Cette dépression se traduit par **moins de tristesse**, ainsi que des sentiments de rage froide, de colère. La colère est plus souvent rapportée par le patient qu'observée par le clinicien, et témoigne du monde chaotique interne des patients.

Ces états dépressifs se caractérisent également par des sentiments de vide, d'ennui, de morosité ou d'irritabilité. Par ailleurs, ce sentiment de vide entraîne des actions sur un mode automatique, qui donnent cette impression de faux-self venant colorer le mode relationnel. Les

affects sont perturbés et se distinguent de la dépression classique par des critères négatifs :

- absence de culpabilité mais prévalence de la honte
- absence de sollicitude à l'égard de l'objet
- absence de crainte de l'avoir détruit ou endommagé, remplacée par les symptômes comportementaux.
- perte de l'élan vital, sentiments de dévalorisation et de perte d'estime de soi intense.

Malgré la variabilité de cette dépression, ses effets sont extrêmement désorganisés sur les capacités adaptatives du sujet, et le risque suicidaire est majeur. La lutte contre la soumission à cet état représente à tous points de vue un enjeu permanent pour le sujet borderline.

Sur le plan dynamique, elle est déclenchée soit lorsque le sujet est abandonné de façon réelle ou fantasmatique, soit lorsque l'idéalisation de l'objet tombe et que les mécanismes projectifs l'ayant permise ne sont plus opérants. Elle est nommée « dépression anaclitique », en référence au terme *anaclitique* issu du grec *anaclisis* (support, étayage).

La dépression anaclitique est l'expression d'un effondrement narcissique massif par absence ou perte de l'objet. Elle est donc intimement liée à l'angoisse d'abandon.
--

En remontant le fil de l'angoisse qui la sous-tend, nous tenterons de déterminer une sorte de grille de lecture du fonctionnement régi par cette angoisse, ou du moins insister sur une vigilance et une acuité apportées à la reconnaissance de certains enjeux psychopathologiques de l'état limite.

II.F. CONCLUSION

La description de ces symptômes nous oblige à les penser dans une approche

transnosographique, mettant en jeu des liens complexes entre impulsivité, automutilations, tentatives de suicide et addictions. L'angoisse et la dépression s'imposent comme les fils conducteurs de cette clinique. L'intérêt de la troisième partie consiste à replacer cette approche d'un point de vue psychopathologique dans une perspective développementale et intégrative. Ainsi, nous pourrions dégager des lignes de forces psychopathologiques communes et/ou distinctes, permettant de comprendre comment les événements survenant dans la trajectoire du sujet peuvent favoriser l'émergence de ces troubles, comment les ressources propres du sujet vont les infiltrer, et reconsidérer les outils de prise en charge en fonction de ces éléments.

III. TROISIÈME PARTIE : PROPOSITION D'UNE ARTICULATION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE PAR L'HYPOTHÈSE DES NOYAUX

La tentation de distinguer des noyaux pour questionner le trouble de personnalité borderline est née de ma pratique clinique, me confrontant à une déclinaison de symptômes comportementaux polymorphes et inconstants chez nos patients limite. Dans cette clinique instable, où le dimensionnel vient à primer sur le catégoriel, l'enjeu n'est pas tant de se référer au diagnostic, peu discriminant ou parfois même absent, mais de pouvoir appréhender ces symptômes dans une logique intégrative.

→ Se représenter le fonctionnement limite en noyaux est la métaphore que nous avons choisie pour nous mener à une compréhension du sujet qui se dégage de l'emprise du symptôme apparent (de celui qui peut faire écran ou qui peut sidérer la pensée du soignant), pour finalement proposer une prise en charge au plus près des ressources du sujet.

Cette approche incarne un point de jonction cohérent entre le modèle médical de recherche du symptôme et l'éthique analytique d'un repérage fonctionnel, dont la frontière, nous l'avons évoqué dans la première partie, est incertaine.

Il s'agit en outre d'un concept fédérateur, intégratif à la fois des différents courants mais aussi de ce qui a déjà été pensé, dans une cohérence historique. En effet, elle s'est nourrie de trois apports théoriques majeurs, qui ont servi de point de départ à la naissance de ces noyaux :

- la dépression-limite de BERGERET
- la personnalité limite addictive de SZTULMAN
- le Moi-peau d'ANZIEU

Dans le prolongement de ces théories, nous avons choisi de mettre en avant comme pivot de l'articulation entre clinique et psychopathologie les facteurs psychologiques tels que la relation d'objet et les mécanismes de défense. Leur lecture clinique donne en effet un **premier indice économique qui est déjà du sens** : plus le mode de défense est archaïque et univoque, plus les conflits introjectifs sont sévères et plus ils impliquent les assises narcissiques du sujet. D'un point de vue dynamique, le sujet limite peut ainsi fonctionner entre une organisation névrotique et une inorganisation archaïque, dans une dialectique entre conflits génitaux et pré-génitaux, corrélée aux nombreux écarts narcissico-objectaux et à une pulsionnalité du corps.

La structure en noyaux qui en découle permet de rendre compte de la pluralité des modes de fonctionnement observés chez l'état limite, y compris à potentialité psychotique

L'usage de la métaphore est apparu de façon assez évidente. Nous avons été imprégnés par celle du « porc-épic » (2) pour caractériser la relation d'objet et surtout baignés par le Moi-peau pour aborder la notion d'enveloppe et la fonction contenante. Dans ce prolongement, la métaphore du noyau a pris forme pour mettre en scène les symptômes comportementaux, dans une véritable figuration. Cette métaphore renvoie à un épicycle autour duquel s'articule un système déterminé répondant à une cohérence interne, en interrelation avec l'environnement externe, **pour penser l'écart entre le comportement, le corps et les différents niveaux de symbolisation.**

Comme son étymologie en témoigne, la métaphore est ouverture de sens, à partir d'un déplacement, d'un transfert : elle est « *transfert d'un lieu à un autre* », intrapsychique et intersubjectif. Elle incite à faire circuler la pensée d'une représentation à une autre. Or, ce mode de penser est précisément difficile dans les états limite.

Là où le thérapeute doit inciter, susciter la pensée, la métaphore est porteuse d'une dynamique, dans un mouvement d'émergence. Car c'est avant tout par la pratique clinique que la métaphore se justifie : « son efficacité se mesure à son pouvoir d'évoquer des cas concrets » (59). La métaphore du noyau permet notamment de penser les symptômes comportementaux dans une dimension fonctionnelle, et le travail thérapeutique à partir de cette métaphore a pour but d'appréhender et d'élaborer ces fonctions.

III.A VERS UNE LECTURE DU FONCTIONNEMENT LIMITE

III.A.1 Les enjeux du fonctionnement limite

Les approches catégorielles ont confronté les cliniciens aux limites d'un abord seulement nosographique, amputé par des critères sémiologiques opérationnels d'inclusion et d'exclusion. Dans cette optique, la notion d'état limite n'a que peu d'intérêt car elle tend à regrouper des cas aux limites du nosographiable et se réfère à une notion admise en creux, par élimination. En revanche, si l'on se réfère à une méthode, une théorie du psychisme, elle prend tout son sens.

On ne peut soigner les personnes organisées sur un mode limite qu'en repérant un fonctionnement psychique relativement spécifique. En effet, **connaître le parcours de vie** du patient, **repérer ses mécanismes de défense**, **se faire une théorie de sa dynamique psychique** sont un minimum, car la spécificité du trouble borderline ne réside pas dans le tableau des symptômes, mais dans l'organisation conflictuelle, économique et dynamique sous-jacente.

Se pencher sur cette question conduit à réviser les modèles psychopathologiques pour définir le mode de fonctionnement limite. Il ne s'agit pas ici de le situer par rapport à la névrose, à la psychose, ou autres instances perverses ou psychosomatiques. En effet, les conceptualisations destinées à distinguer l'état limite de la dichotomie psychose/névrose sont déjà nombreuses et ce nombre signe justement la difficulté théorique du problème. Il s'agit plutôt de repérer une structure du Moi spécifiquement et régulièrement pathologique.

L'identification de ces « critères structuraux » a été marquée par deux positions distinctes: soit celle d'un **mode d'organisation spécifique**, stable dans son instabilité (KERNBERG), soit celle d'un **niveau de fonctionnement universel**, actualisé plus ou moins facilement dans certaines configurations internes et externes, composite « d'astructuration », de désorganisation, de potentialités de réorganisation sur des modes divers (BERGERET).

Dans les deux cas, le Moi est affaibli et s'appuie sur l'utilisation privilégiée d'opérations défensives archaïques pour lutter contre le manque de tolérance à l'angoisse et le manque de contrôle pulsionnel.

KERNBERG distingue trois axes caractéristiques dans sa conception de l'état limite:

- le degré d'intégration de l'identité conditionné par l'altération des relations d'objet internalisées
- le niveau des mécanismes défensifs
- la capacité à vivre l'épreuve de réalité

Parmi ces axes, deux éléments permettent selon lui de faire le diagnostic: certains **mécanismes de défense**, en particulier le clivage et l'identification projective, et les modalités de **relation d'objet** internalisées.

Pour BERGERET, l'installation du trouble borderline relève d'une problématique qui confronte le sujet aux situations potentiellement traumatisantes émaillant sa vie, pour ensuite créer chez lui une vulnérabilité favorisant le lit de la **dépression** et de **l'angoisse**. Les mécanismes de défense vont s'imposer, afin d'y parer, non sans coût d'énergie, selon deux temporalités : aigüe réactionnelle, et structurelle de fond.

Ainsi, quel que soit l'abord théorique, plusieurs points communs rallient les positions.

Tout d'abord, on ne peut faire l'économie du repérage des mécanismes de défense et du type de relation d'objet caractéristiques de la faiblesse du Moi. Nous constaterons par ailleurs que le point de vue génétique est directement sollicité, à travers le repérage des traumatismes précoces et de la qualité de la relation mère-enfant. Enfin, le rapport à la réalité reste préservé de façon générale.

→ Par conséquent, l'articulation entre Moi, relation d'objet, angoisse et défenses semble être la clé de voûte de l'organisation limite, permettant d'intégrer une modalité de compréhension de nos symptômes.

En gardant comme trajectoire que l'état limite traduit une clinique de la relation, nous verrons que les mécanismes qui sous-tendent cette relation s'avèrent plus constants et moins polymorphes que la clinique générale du trouble.

Ainsi, nous insisterons en premier lieu sur une description des **mécanismes de défense et de la relation d'objet**, afin d'introduire dans un second temps notre perspective descriptive des **noyaux de l'état limite**.

III.A.2 Les mécanismes de défense

Ces mécanismes de défense constituent des indices pour permettre au clinicien d'obtenir une conjecture sur le fonctionnement psychique du patient. Le Moi fragile en proie à l'angoisse est pratiquement incapable d'utiliser les mécanismes de défense liés au refoulement, et privilégie des mécanismes basés sur le clivage.

III.A.2.a Le clivage

Cette opération défensive la plus utilisée est essentielle dans les états limite. Il s'agit d'un processus actif de séparation des introjections et identifications de qualités opposées, sur un mode manichéen. Il porte à la fois sur l'objet et sur l'image de soi. Si le clivage du patient psychotique discordant vise à atténuer l'angoisse en fragmentant l'unité du soi et l'objet, le clivage « limite » est d'une toute autre nature. Le Moi n'est pas fragmenté, mais se déforme selon deux registres : l'un est adapté à la réalité extérieure, tandis que l'autre reste fixé sur les besoins anaclitiques du sujet. Le clivage permet le maintien artificiel d'une séparation entre les représentations de soi d'objets internalisés toutes bonnes et toutes mauvaises, reliées aux rejets pulsionnels libidinaux et agressifs.

La fonction du clivage est d'**éviter la contamination ou la destruction des bons objets par les mauvais objets**, de **protéger le Moi fragile** contre la diffusion de l'angoisse et ainsi **d'éviter la confrontation à l'ambivalence** et à la souffrance dépressive.

Cliniquement :

Il se manifeste par une vision infantile et manichéenne du monde ou par de brusques revirements affectifs à l'égard d'une personne qui font passer par exemple sans transition de l'amour à la haine. Lors des passages à l'acte, le clivage maintient activement séparée au sein du Moi la fraction qui tire une jouissance directe de la décharge pulsionnelle de celle qui

s'afflige et critique.

Mais le maintien par le Moi par ce mécanisme archaïque subsiste au détriment d'un fort coût énergétique sans pour autant toujours empêcher l'émergence déstructurante de l'angoisse : il se traduit par l'érosion des capacités de discernement du patient ainsi que par l'inefficacité à terme de la plupart de ses conduites symptomatiques.

Génétiqument :

Quelle que soit l'approche étiopathogénique, l'origine précoce développementale du clivage est mise en jeu (7,8).

KERNBERG observe l'organisation limite comme le résultat d'antécédents de frustrations précoces et d'une agressivité intense durant les premières années de vie. L'agressivité prégénitale est projetée sur les images parentales et vient les déformer. L'enfant projette ses pulsions orales et anales sur la mère qui est vécue comme potentiellement dangereuse, et cette haine s'étend aux deux parents de façon indifférenciée. **La mère et l'entourage sont perçus de manière indifférenciée.**

Ainsi, la structuration limite serait en lien avec une fixation traumatique à la période où l'enfant a déjà acquis une représentation de soi dégagée de celle de l'objet (mère) mais où les représentations de soi et de l'objet libidinalement investis (bon objet) ne seraient pas reliées aux représentations de soi et de l'objet agressivement investies (mauvais objet). Cette vision paranoïaque des premières images parentales aura comme conséquence une **construction oedipienne et génitale friable**, fortement contaminée par de violentes pulsions prégénitales, infiltrant les relations ultérieures de dangerosité et d'agressivité. Le Moi précoce est fragilisé. Il ne peut fusionner les objets pulsionnels et les objets agressifs qui sont clivés. Ce clivage devient alors le mécanisme central de ces sujets, qui empêche le processus d'intégration et ne permet pas au Moi de se construire une identité stable.

Pour BERGERET, du fait du déni de la sexualité, des représentations sexuelles et de tout ce qui pourrait être référé au conflit œdipien, les parents sont considérés comme équivalents l'un de l'autre, ou alors distingués selon que l'un est mauvais et l'autre bon, l'un dominant et l'autre dominé. Dans la mesure où il n'y a pas d'organisation œdipienne proprement dite, il n'y a pas d'angoisse de castration et pas non plus d'angoisse de morcellement, d'annihilation, de perte de cohérence de soi dans une dissolution de soi ou dans l'aliénation psychotique, mais une angoisse de perte d'objet.

Il place le clivage comme mécanisme essentiel du noyau « dépressif-limite », en insistant sur son **caractère objectal**. Pour lui, **le clivage objectal ne doit pas être confondu avec le clivage du Moi et la dépersonnalisation**.

- Le clivage du Moi représente une séparation verticale entre "bonnes" et "mauvaises" parties de l'objet, parties considérées en opposition synchronique, qu'on soit dans le registre libidinal ou narcissique. Une partie de la psyché est tenue écartée d'une autre de manière à ce qu'aucune connexion ne soit possible entre les deux.
- Le clivage est également horizontal et diachronique, entre deux variétés de représentation : l'une, **libidinale**, pouvant être "bonne" ou "mauvaise", et tenue à distance par une efficace répression du fait de la carence des élaborations imaginaires mettant en jeu affects et angoisses ; l'autre, **narcissique**, pouvant être également "bonne" ou "mauvaise". Cette forme assez particulière de clivage de la représentation objectale, selon une diachronie qui correspond aux deux temps de l'évolution psychogénétique, semble très explicite chez ces patients.

III.A.2.b L'idéalisation primitive

Elle est la conséquence des mécanismes de clivage. Portant sur les objets externes comme sur le Moi, cette opération défensive a pour but de **protéger ces derniers de l'agressivité du sujet en les parant de toutes les qualités, les clivant ainsi d'avec la réalité**. Les objets externes sont perçus comme totalement bons afin qu'ils puissent protéger le sujet contre des mauvais objets, contre ses pulsions agressives, et contre la contamination de ses objets environnants par projection de son agressivité.

Ainsi, cette défense vise à protéger le Moi en instaurant des idéaux grandioses pour laisser reposer son narcissisme. Repos pourtant fragile car cette unité sera remise en question à la moindre déception de la part de l'objet. Il s'agit d'une manifestation directe d'un fantasme primitif protecteur, sans réelle considération pour l'objet idéal. Elle se distingue de l'idéalisation comme **formation réactionnelle névrotique** visant à idéaliser des objets pour maintenir éloignée la culpabilité du patient venant de son agressivité envers l'objet. Le sujet névrosé a le souci de l'objet, et a accès à la culpabilité, contrairement au sujet limite.

III.A.2.c L'identification projective

M. KLEIN pose l'identification projective comme caractéristique de la phase schizo-paranoïde. Plusieurs auteurs réutiliseront cette notion pour l'appliquer au fonctionnement prégénital des états limite.

Cette défense a pour but de **d'expulser à l'extérieur de lui-même les mauvaises images de soi et d'objet**, les empêchant ainsi de venir menacer les bonnes et d'attaquer les assises narcissiques. Le sujet les projette sur autrui, l'angoisse persécutive le contraignant alors à exercer un contrôle étroit de l'objet perçu comme dangereux et à en **forcer encore l'idéalisation**. Mais plus qu'une simple projection, cet autre devient pour le sujet limite, par le jeu de l'identification, une expansion de son propre Moi sur lequel il cherche à exercer un

contrôle omnipotent. Le Moi comme l'objet, porteurs de pulsions et d'affects ambivalents, entraînent des confusions dans la gestion des relations interpersonnelles. Véritable cercle vicieux, ce mécanisme **estompe les limites entre soi et l'objet**, contribuant au syndrome d'identité diffuse et rend nécessaire le contrôle de ces objets, qui émergera cliniquement par des **manipulations agressives**.

III.A.2.d Le déni

Il porte sur la capacité à accorder à l'objet un narcissisme propre. Il conditionne ainsi l'investissement idéalisant ou désidéalisant de l'objet. Complémentaire du clivage, le déni permet **d'exclure du champ de la conscience et de maintenir isolés certaines représentations ou affects** qui ne s'accordent pas avec la position thymique et affective dans laquelle le sujet a choisi de se trouver.

Différent de la dénégation liée au refoulement névrotique, le déni se manifeste cliniquement par la connaissance purement intellectuelle d'expériences déjà vécues, ne pouvant modifier ni les affects, ni les actes du sujet. Il découle d'un défaut d'intégration de l'affect et de l'intellect : un sujet est capable d'avoir un accès intellectuel à un sentiment passé sans avoir accès aux émotions ressenties alors.

III.A.2.e La mise en actes

Cette forme particulière de déni consiste en une opération mentale pouvant directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Il s'agit d'une opération défensive à l'égard des pensées ou des affects, qui vise à les **court-circuiter par les voies de décharge motrice**, avant que la relation mentalisée à l'objet ou au soi n'ait pu se développer. Elle sert au sujet limite à se protéger en rejetant à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la

souffrance liée aux aléas de la relation d'objet. Elle représente un des obstacles importants à l'abord thérapeutique du patient limite.

III.A.2.f L'omnipotence et la dévalorisation

Elles découlent logiquement de l'ensemble des phénomènes défensifs décrits ci-dessus. Dans un mouvement d'idéalisation visant à le protéger des attaques de mauvais objets, le Moi grandiose du patient cherche à contrôler l'objet idéalisé en se soumettant à lui. Dès que ce dernier cesse d'apporter gratification et protection, il est dévalorisé et rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement.

L'idéalisation de l'objet et l'identification à cet objet ont pour conséquence de renforcer le sentiment d'omnipotence du Moi et de l'objet, qui joue le rôle de protecteur face aux mauvais objets. Si l'omnipotence se situe du côté de l'objet, le patient se soumet à **un objet tout-puissant et idéalisé dont il attend d'être protégé**. Si l'omnipotence se situe du côté du Moi, c'est **l'hypertrophie narcissique du patient qui le protège**. La fragilité de ce mécanisme entraîne un risque de brusque revirement, avec une dévalorisation brutale de l'objet ou du Moi. Cet effondrement brutal peut précipiter les **passages à l'acte autoagressifs**, en particulier suicidaires.

III.A.2.g Conclusion

Cette revue des mécanismes de défense montre que le contact avec la réalité n'est activement maintenu qu'au prix de mécanismes mentaux archaïques où dominent le clivage, l'identification projective, l'idéalisation ou le déni, réduisant le potentiel psychique du Moi. La mise en jeu de ces mécanismes de défense vise à protéger le narcissisme en luttant contre la souffrance dépressive et contre la mentalisation, et en ramenant les investissements de l'objet vers le narcissisme. Ainsi, nous repérons surtout **des stratégies défensives antipensée**, qui

tendent à exclure l'espace psychique interne pour éviter des contradictions inintégrables non dialectiques, c'est-à-dire des défenses par expulsion :

- dans l'acte et sa répétition (en jeu dans les addictions)
- dans le corps (en jeu dans les somatisations)
- dans l'autre en soi (en jeu dans l'autoagressivité).

De plus, l'étude des mécanismes s'avère paradigmatique de l'enjeu de déséquilibre permanent chez l'état limite : celui confrontant **l'axe de la coupure**, pour éviter la confrontation au vide et à l'abandon, à **l'axe de la puissance**, pour essayer de trouver malgré tout une certaine jouissance (60).

Enfin, elle permet de lier **mécanismes de défense** et **degré d'organisation archaïque**, suggérant des indices sur la gravité du tableau. Plus la déliaison pulsionnelle est à l'œuvre, plus l'angoisse liée à l'objet est effrante, plus le narcissisme est attaqué et plus les mécanismes de sauvegarde sont archaïques. Cet archaïsme rend compte du degré de fragilité des fondements de l'identité, au service de l'ultime nécessité de maintenir les représentations de soi et de ses limites distinctes des autres. Au contraire, lorsque l'hémorragie narcissique est jugulée par une stratégie défensive alimentée par une dépense d'énergie plus adaptée, nous avons alors affaire à des mécanismes entrant dans un cadre névrotique précaire.

→ En liant la **force du Moi aux mécanismes défensifs sous le primat de la relation d'objet**, nous identifions plus aisément le cadre de lecture des symptômes comportementaux. Ces variations seront fondamentales pour apprécier le degré d'implication des noyaux-limites dans lesquels les symptômes comportementaux prennent sens.

III.A.3 La relation d'objet

Il s'agit d'un autre élément structurel fondamental des états limite, que nous avons évoqué dans la partie précédente. La relation d'objet propre aux états limite peut être définie comme une **relation d'objet anaclitique** typique, qui traduit la nécessité de recourir aux éléments du monde extérieur pour combler les lacunes du fonctionnement imaginaire interne. Elle renvoie à l'angoisse d'abandon tout autant qu'à un intense besoin de réparation. « Il existe un égal souci d'être aimé que d'agresser et de maîtriser » (8).

Ce n'est le cas :

- ni de l'organisation névrotique où le fonctionnement psychique est suffisamment autonome face à la réalité extérieure pour s'appuyer sur elle sans en dépendre.
- ni de l'organisation psychotique où la rupture de contact avec la réalité conduit à la construction d'une néoréalité délirante. Autrement dit et du point de vue de la relation d'objet, les états limite **ne sont pas anti-objectaux** comme la psychose, mais leur **objectalité est instable**, étroitement dépendante de la concrétude de l'objet externe, et constamment soumise à la double menace de l'intrusion et de l'abandon.

Cette relation d'objet s'origine dans diverses défaillances repérées dans les états limite par l'ensemble des auteurs psychanalytiques, même si elles sont diversement valorisées par chacun d'eux.

III.A.3.a Défaut de l'imaginaire

Ceci est notamment manifeste en ce qui concerne le registre de la transitionnalité qui est mis en échec. La transitionnalité correspond au sens de WINNICOTT à l'espace que le sujet crée entre lui-même et l'objet externe de telle sorte que, dans cet espace, la question de savoir ce qui est à lui et ce qui est à l'autre ne se pose pas parce qu'elle est recouverte d'un halo d'illusion de continuité. Autrement dit, c'est quelque chose qui, en se situant entre l'objet interne et l'objet externe, permet d'amortir les effets de la réalité externe et de réduire ainsi la dépendance à l'objet externe.

Avec la défaillance de ce registre on constate que **la possibilité de mobiliser les objets subjectifs** est limitée ou contre-investie, interdisant leur utilisation pour dépasser les désillusions et éviter de dépendre de l'objet concret et du double risque auquel il expose le sujet : l'intrusion ou l'abandon.

III.A.3.b Défaut d'élaboration de la position dépressive et de la triangulation oedipienne

Les obstacles développementaux rendent impossibles l'élaboration de l'ambivalence de l'objet et l'intégration des angoisses de séparation.

BERGERET insiste plus particulièrement sur ce point.

La relation d'objet pour BERGERET correspond, dans ses grandes lignes à ce que BOUVET a décrit comme **relation d'objet prégénitale**, en opposition à la **relation d'objet génitale** à l'œuvre dans la névrose et la normalité. Elle permet dans ce cas une organisation suffisamment structurée pour que la triangulation oedipienne et le refoulement régulent le système des identifications. Cette structuration oedipienne et l'accès au « primat génital » permettent la sécurisation de la différenciation entre le soi et l'objet, le souci pour l'objet et la perception de sa réalité, son altérité. En dépit des pertes d'objet, le Moi reste solide et stable.

Mais contrairement au « génital » qui caractérise l'amour « oblatif », le « pré-génital » des états limite, se caractérise par **l'amour possessif, narcissique, négateur de la réalité propre de l'objet et de son altérité**, ainsi que des affects en tout ou rien et d'une violence des mouvements pulsionnels régressifs et répétés. **L'objet est support de projection**, investi pour sa **fonction de Moi auxiliaire** dans la dépendance anaclitique.

Ainsi, le Moi faible ne peut devenir stable que dans la proximité d'un objet symbolique. Ici, le sujet et l'objet restent différenciés, mais il y a une dépendance fondamentale vis à vis de l'objet, telle que le sujet ne peut conserver son intégrité en lui.

III.A.3.c Défaut d'étayage précoce

C'est un point essentiel pour MASTERSON qui fait des états limite, notamment à l'adolescence, une conséquence d'un arrêt du développement du moi incapable de dépasser la **deuxième phase du processus de séparation-individuation** (61). Il insiste sur les failles de ce processus dans l'enfance du fait des insuffisances d'étayage par des parents, eux-mêmes souvent borderline, et incapables d'accompagner sans se retirer les mouvements d'autonomisation psychique de leur enfant. Celui-ci est alors contraint de mettre en place des défenses contre l'envahissement par un sentiment d'abandon inélaborable. Ces défenses qui peuvent permettre une adaptation apparente pendant l'enfance, cèdent devant la réactivation du processus de séparation-individuation au moment de l'adolescence.

III.A.3.d. Bilan des relations d'objet

L'intérêt porté aux relations d'objet dans les états limite montre qu'elles sont instables et précaires, difficiles à établir.

Elles reflètent une mise en place plus ou moins solide ou poreuse voir inexistante des frontières entre **dedans et dehors**, entre **sujet et objet**.

Elles témoignent également de l'investissement des relations entre dedans et dehors, entre ce sujet et cet objet, au sein d'un système de communication où **le sens du message défaille**.

Ainsi, si **aucun sens ne peut être donné à l'absence de l'objet**, en raison de l'absence d'une construction fantasmatique permettant d'associer à la douleur de la perte une représentation qui en permet l'élaboration, le manque d'objet réel risque d'entraîner sa disparition dans l'espace psychique et induire le surgissement de l'angoisse. Ainsi que l'illustre FREUD, « La première condition déterminant l'angoisse qui soit introduite par le moi lui-même est donc celle de la perte de la perception de l'objet. Une perte d'amour n'entre pas encore en considération » (62).

➔ **La perte de perception de l'objet est éprouvée comme perte réelle.**

II.A.4 Conclusion : vers les noyaux de l'état limite

De ces théories, nous en déduisons une immaturité du Moi, « pré-génital » et « pré-œdipien », condamné par un narcissisme primaire fragile.

A partir de ces mécanismes défensifs archaïques (clivage et identification projective, essentiellement), les états limite ressembleraient à des aménagements caractériels pour pallier une fragilité dans la construction du Moi.

La persistance de l'attraction exercée par l'objet sur ce Moi fragile, associée à l'absence d'efficacité des mécanismes de défense, entraînent une exposition vertigineuse à la faille

dépressive, à des pulsions agressives intenses, à de brutales variations affectives provoquant un recours immédiat et fruste aux stratégies comportementales antipsychiques. Les conséquences sont à rechercher du côté d'une **prédominance de l'agir** (vers l'extérieur ou dans le corps sous forme d'addictions ou de somatisations), d'une **attaque contre les pensées** plutôt qu'un évitement, d'une quête de l'opérateur plutôt que d'une révélation du sens, etc.

La vocation donnée à ces stratégies nous permet d'esquisser une architecture, dont la clé de voûte se structure autour de la relation d'objet anaclitique et des mécanismes de défense, pour solliciter trois voies de fonctionnement.

- la précarité des frontières entre dehors et dedans, la pauvreté des ressources de mentalisation et la vulnérabilité du Moi aux effractions externes peut imposer un recours de sauvegarde immédiat. Cette fonction de décharge s'appuiera sur la voie du corps, de l'agir. **Le noyau de l'agir** apparaît donc comme celui de l'urgence, du langage du corps pour suppléer au manque de sens.
- L'achoppement de la deuxième phase du processus de séparation-individuation, la défaillance des identifications et l'échec de la transitionnalité ouvrent la voie d'une vulnérabilité à la dépendance. Les aménagements de cette dépendance prendront forme dans **le noyau addictif** qui reflète ainsi la lutte active contre la dépendance psychique et contre le paradoxe de ces sujets en « crise d'adolescence prolongée », formulé par cet adage de JEAMMET, rappelant que « ce dont le sujet a le plus besoin, est ce qui le menace le plus » (63).
- Le défaut d'accès à l'ambivalence, la dépendance fondamentale vis-à-vis de l'objet, constituent les fondements d'une dépressivité permanente, confrontant le sujet à

l'effondrement lié à la perte de l'objet. **Le noyau dépressif** s'impose légitimement comme un noyau constitutif du fonctionnement limite.

III.B NOYAU DE L'AGIR

Du fait du défaut de l'accès à la triangulation oedipienne et de l'accès au primat génital, la différenciation entre le Moi et l'objet repose sur des bases poreuses. Le Moi est soumis à une dépendance fondamentale vis à vis de l'objet entravant les possibilités d'intégration identitaire. Nous nous sommes interrogés sur la corrélation entre la faible intégration identitaire, l'attaque de la vie psychique et le recours à l'agir si avide et fréquent chez les états limite. Il nous semble que le point commun à ces dysfonctionnements s'origine dans **le défaut d'intériorisation de la fonction contenante**, symbolisée par la notion **d'enveloppe**.

Ainsi, nous proposons dans un premier temps d'aborder la notion d'enveloppe psychique afin de rendre compte des conséquences du défaut de symbolisation, du défaut d'introjection d'un objet suffisamment contenant et du risque de collusion entre monde externe et interne, comme les trois enjeux du noyaux de l'agir. De telles failles viennent solliciter en premier lieu le corps, premier palier visant à refonder les contours de soi, à en redessiner les frontières. Devant le flottement de l'existence, l'agir sur le corps permet également de modifier le mode de relation au monde, de façon immédiate, urgente, grâce à trois fonctions : **l'apaisement**, **le contrôle** et **le sentiment d'exister**. Nous en déduisons les voies par lesquelles le noyau de l'agir s'étire entre le pôle du narcissisme et celui des étayages objectaux, voies empruntant la direction de la **douleur**, de **l'agressivité** et de **la dissociation**.

Ces fonctions, assignées à la vocation de résoudre l'angoisse, guident notre compréhension du noyau de l'agir. Mais elles ne prennent sens que par l'issue thérapeutique que l'on peut en dégager. Ainsi, la notion d'enveloppe révèle un intérêt supplémentaire, par sa portée métaphorisante dans la relation thérapeutique. Elle aide à délimiter le noyau de l'agir, qui se compose de toute la palette du registre du **passage à l'acte** et de **l'acting out**, englobant ainsi

à la fois nos symptômes comportementaux déployés dans la précédente partie, mais aussi l'ensemble des manifestations à l'oeuvre dans le transfert.

Le verbe « agir » ainsi transformé en « un agir » connote alors de façon plus orientée ce qui relève d'une mise en acte des désirs, pulsions et fantasmes chez nos patients limite. Ce terme « comporte une équivoque qui est celle de la pensée même de Freud : il confond ce qui, dans le transfert est actualisation et le recours à l'action motrice » (64).

III. B. 1. Concepts et ouvertures

III.B.1.a. Intérêt de la notion d'enveloppe psychique

Cette notion incarne la double fonction d'écart et de frontière, de délimitation par rapport à soi et d'écart par rapport aux autres. Sont ainsi liés par le même concept, la mise en place de la structuration du Moi et celle des relations d'objet, le développement de **l'identité** et celui des **conduites relationnelles**. De plus, dans ces tableaux où les conduites bruyantes prédominent au détriment de la vie psychique, le **travail thérapeutique** est rendu plus ardu. La construction de l'enveloppe psychique à l'interface entre l'interne et l'externe, représente dès lors un concept intéressant sur lequel peut prendre appui une réflexion compréhensive ouvrant de nouvelles perspectives de travail de symbolisation thérapeutique.

L'enveloppe psychique nous apparaît comme un concept pertinent pour rendre compte de la notion de fonction, à la mesure des différentes manières de se représenter la construction de l'enveloppe et l'intériorisation de **la fonction contenante**. Pour illustrer ces formes de construction, nous nous appuierons sur trois principaux auteurs : BION, BICK et ANZIEU.

III.B.1.b. BION et le modèle du « contenant-contenu »

BION a particulièrement développé la notion d'objet contenant, de fonction contenante de l'objet, notion qui a été reprise par ses successeurs, notamment ESTHER BICK. Il a construit le modèle du « contenant-contenu » (65): l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer. Le contenu projeté est appareillé au contenant, à condition que ceux-ci entretiennent une relation que BION qualifie de « commensale », chacun tirant profit de l'autre pour sa propre croissance. Le « contenant-contenu » ainsi formé est réintrojecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé.

Cette fonction de l'objet, cette fonction qu'accomplit l'objet – la mère – pour le bébé est appelée « fonction alpha », et elle constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Le bébé clive et projette une partie de sa personnalité en détresse dans l'objet pour qu'il contienne cette expérience émotionnelle. L'objet contenant transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée.

Par conséquent, la fonction contenante est une fonction « symbolisante » car le processus de symbolisation permet de détoxiquer l'expérience.

Or, si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, il réintrojecte l'expérience d'un objet qui refuse les identifications projectives, autrement dit il réintrojecte sa détresse augmentée des failles de l'objet ou de l'échec de l'objet ; il réintrojecte ce que Bion appelle une « **terreur sans nom** » (65).

Nous voyons comment la notion de fonction contenante suppose le processus d'« identification projective » précédemment décrit, qui consiste à communiquer un état émotionnel, à transmettre et à faire éprouver à l'objet un état affectif que le sujet n'a pas les moyens de penser. À travers ses conceptions de « contenant-contenu », de « fonction alpha »,

de « rêverie maternelle », BION propose un modèle d'identification projective normale, non toxique, au service de la communication, qui par extension devient défaillant dans les états pathologiques tels que les états limite.

→ Nous en déduisons un constat fondamental : du défaut de contenance provient le défaut de symbolisation.

III.B.1.c. BICK et le modèle de « la seconde peau musculaire »

Après BION, il nous semblait pertinent de nous attarder sur ESTHER BICK, avec son hypothèse de « la seconde peau musculaire » (66)

Cette dernière y décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau.

Reprenant les données des auteurs post-kleiniens qui la précèdent, BICK considère que l'expérience primordiale du nouveau-né dans sa relation à la mère conditionne la constitution d'une unité de la personnalité : le **holding maternel** (manière de la mère de tenir, de parler à l'enfant, son odeur familière, etc.) ainsi que **l'expérience apaisante** du mamelon dans la bouche, sont à la base de la fonction contenante qui tient rassemblées les parties de la personnalité. La fonction de **liaison entre les parties du self** est ici considérée comme expérimentée passivement dans la relation à la mère.

Selon BICK cette fonction contenante est expérimentée comme une **peau**. C'est l'introjection de cette peau, de cette fonction contenante, qui permet la création d'un espace psychique intérieur. Une fois cette peau psychique constituée par introjection, elle délimite un espace

interne qui contiendra lui-même les introjections ultérieures. C'est donc le premier espace où vont venir se loger les objets internes introjectés.

Par la même occasion, du fait de cette frontière, se trouve également délimité **l'espace externe au self**. C'est à partir de ce moment, selon BICK, que peut s'opérer le premier clivage et idéalisation du self et de l'objet décrits par M. KLEIN.

La constitution de la première peau psychique permet le **début de l'intégration**, c'est-à-dire la structuration d'une unité du self, où le sujet s'expérimente comme un.

Les perturbations de cette fonction première peau peuvent entraîner la formation d'une deuxième peau : l'absence de première peau psychique, de premier espace contenant découlant de l'absence de l'expérience du holding maternel entraîne la formation d'une **deuxième peau** de type musculaire avec **manifestations motrices** (hyperactivité, coups de poings..) soit un substitut corporel, physique à une fonction normalement psychique, substitut d'un contenant-peau défaillant.

➔ Ainsi, ce modèle complète la question de l'introjection défaillante d'un objet suffisamment contenant. Les agirs peuvent se comprendre comme réponse à la nécessité de se constituer une seconde peau psychique, un substitut de contenant, devant le défaut de contenant interne.

Ce modèle semble bien faire écho aux tableaux « d'écorchés vifs » que nous renvoient les états limite.

III.B.1.d. ANZIEU et le modèle du « Moi-peau »

Il est admis que le modèle d'ANZIEU reprend quasiment l'ensemble des modèles précédents (59).

ANZIEU a développé ce modèle à partir des expériences du contexte de nourrissage (contact avec mamelon, réplétion, stimulations sensorielles) conduisant le bébé à différencier une surface comportant une face externe et une face interne, distinguant le dehors et le dedans, et un volume dans lequel il se sent baigné.

Cette surface, qu'ANZIEU nomme « interface », et ce volume donnent à l'enfant la sensation d'un contenant. Ainsi, à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle, le bébé acquiert la perception de la peau comme surface, ce qui engendre d'une part la notion d'une limite entre l'intérieur et l'extérieur, et d'autre part un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'intégrité donne au Moi une enveloppe narcissique et un bien-être de base, d'où l'idée du Moi-peau.

Par Moi-peau, ANZIEU désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ».

Le Moi-peau, à l'instar du moi freudien compris comme interface, comporte un feuillet interne, une « enveloppe » psychique contenant, et un feuillet externe, lieu de contact entre le psychisme et le monde extérieur.

Plus concrètement, ce modèle trouve une application dans l'articulation qu'il offre entre la notion d'**enveloppe** et notion de **fonction**. En effet l'enveloppe psychique est avant tout une fonction, assurée par un certain nombre de processus. Or, par sa métaphore, les fonctions attribuées au Moi-peau s'étaient sur les fonctions de la peau, qui seraient transposées par le Moi-pensant, permettant ainsi le travail associatif de consolidation de ces fonctions. Peau, moi et penser revêtent des fonctions identiques à des niveaux d'abstraction et de symbolisation différents.

ANZIEU a ainsi décrit différentes fonctions du Moi-peau, dont la liste s'est peu à peu modifiée au fur et à mesure de ses travaux. Nous insistons en particulier sur :

- La maintenance : La peau soutient le squelette et les muscles. Sur le plan psychique, la **fonction de holding** permet l'intériorisation d'un objet support qui prépare l'expérience d'avoir une vie psychique à soi. Le penser maintient ensemble les pensées.

- La contenance : Le territoire délimité par la peau sur le corps fait écho à la **fonction de handling**, caractérisant les réponses apportées par la mère aux émotions et sensations du bébé pour qu'il puisse à son tour éprouver ces sensations et émotions sans se sentir détruit. La défaillance de la contenance génère deux types d'angoisses: l'une par excitation pulsionnelle diffuse, et l'autre par l'image d'un Moi-peau passoire, avec des trous psychiques.

- La constance : elle est liée à la fonction de **pare-excitation**. Le Moi-peau défend le psychisme contre l'effraction pulsionnelle endogène tout en contribuant à satisfaire la recharge libidinale du fonctionnement psychique. Si il échoue, cela conduit à une effraction des angoisses paranoïdes ou dépressives nécessitant un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet, sans recours possible à un auto-étayage.

- L'individuation : l'atteinte de cette fonction évoque la fragilité face à la menace du sentiment d'identité.

- L'intersensorialité : Contrairement à la psychose, cette fonction est maintenue, donc protège de l'angoisse de morcellement.

- Le soutènement : Là aussi, elle est plutôt intégrée dans le soutien de l'excitation sexuelle, mais se manifeste sur un mode sporadique, intermittent, d'alternance entre des emballements libidinaux intenses et des déceptions dépressives en raison de la potentialité de liaisons pulsionnelles.

La théorie du Moi-peau d'ANZIEU constitue donc **une réponse à la question des atteintes des limites du Moi** dans l'organisation psychique des états limite. Le Moi-peau permet de penser les limites **intrapsychiques** et également **intersubjectives**, entre ce qui dépend de soi et ce qui dépend d'autrui. Mais ce modèle, dans le fonctionnement limite constitue un outil métapsychologique précieux, à condition de respecter la qualité fictive du concept, c'est-à-dire de ne pas la réifier ou la considérer comme une étape du développement, sous peine d'en amputer la portée métaphorique.

III.B.2 Conséquences chez les états limite

III.B.2.a Sur la relation thérapeutique

À partir de ces différents modèles, de ces différentes déclinaisons de l'enveloppe et du contenant, il est possible de résumer la manière dont se constitue l'enveloppe psychique ou le contenant : **l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet**. Ce processus suppose différentes conditions. Les principales concernent les qualités de l'objet contenant : portage, soutien, holding, capacité de rêverie, fonction alpha, et activité de symbolisation.

→ La question des états limite oblige à dépasser l'étude des **contenus** (fantasmes, conflits, objets internes) pour s'intéresser aux **contenants**.

Cette nouvelle perspective permettra de repenser la prise en charge : accompagner une décharge (l'angoisse, la tension) certes, aider au dévoilement cathartique (le fantasme inconscient, l'agressivité masquée) peut-être, mais surtout proposer un espace pour que cette

vie émotionnelle perturbée, douloureuse, puisse être reçue et contenue. Comme le dit ANZIEU, proposer « **une peau vivante pour panser les pensées** » (59,67).

Le recours au concept d'enveloppe psychique a l'avantage d'entraîner le thérapeute sur un terrain riche de potentialités, celui de la vie fantasmatique, avant que le patient s'y laisse lui-même un jour peut-être amener.

III.B.2.b Sur le noyau de l'agir

L'insuffisante différenciation et donc l'insuffisante maturation de l'appareil psychique fragilisent le sujet et le rendent alors plus vulnérable aux variations de l'environnement, avec le risque de **décharge motrice désorganisant encore plus le Moi**. Ce manque de différenciation interne et cette désorganisation entraînent des modalités relationnelles transférentielles, qui, par leur massivité à la mesure du besoin d'étayage, aggravent à leur tour l'indifférenciation des structures internes et la désorganisation psychique, avec la régression à des mécanismes de plus en plus archaïques.

Les conséquences retentissent sur le développement de la personnalité, empêchant la poursuite des processus d'intériorisations et d'échanges, barrant des identifications, et sur le fonctionnement mental lui-même, entravant le travail de déplacement et de symbolisation.

A cette menace sur son intégrité narcissique, sa pensée et son autonomie, le sujet limite répond par une violence défensive à travers l'agir comportemental.

Ce noyau de l'agir est ainsi sollicité en **premier lieu pour restaurer les limites et une identité menacée, par la négation des désirs et des liens objectaux internes et par l'emprise sur les objets externes**. Mais le poids de la désorganisation, de la répétition et de la déliaison risque à terme d'épuiser les ressources apparentes de ce noyau.

III.B.3 Les fonctions du noyau de l'agir

Nous avons choisi de positionner le corps chez l'état limite à l'interface entre source de pulsions et cible des mécanismes de défense (en particulier de l'identification projective) afin de rendre compte du dualisme dans lequel le sujet se débat : « Comment négocier entre moi et l'autre, et surtout avec l'autre en moi ? »

Ce corps-frontière est ici mis en jeu dans le noyau de l'agir pour canaliser en prime instance les angoisses liées à la relation d'objet, comme une sorte de digue de la dilution du moi vers l'extérieur.

Nous nous attacherons à explorer les différentes fonctions de ce noyau, requis en tant que coûteuse tentative du maintien d'une économie narcissique médiée par le corps : Apaiser, contrôler et exister. Nous déclinons ces fonctions autour des enjeux caractéristiques de ce noyau : la **douleur**, l'**agressivité** et le **trauma**.

Nous verrons également comment cette activation de l'agir peut révéler chez certains sujets limite une dimension **relationnelle**, à travers l'avidité et précaire sollicitation de l'autre. Par ailleurs, nous aborderons en filigrane le problème de la **répétition**, frontière entre le noyau de l'agir et celui de l'addiction, signant l'épuisement de l'un au profit de l'emprise par l'autre.

III.B.3.a La douleur

« Lorsque je me suis retrouvée seule chez moi, j'avais tellement la haine, que je voulais décharger tout mon mal! Alors je me coupais, je regardais le sang couler, ça me calmait », me racontait Maeva en réévoquant un épisode de scarifications survenu deux ans plus tôt.

Dans ses mots, la douleur est au cœur du paradoxe, à la fois **recherchée et abolie**. Elle concerne ici l'agir autoagressif, principalement les automutilations. Le noyau de l'agir semble irrémédiablement amarré au registre de la douleur, et questionne le sens de cette dernière. L'acte dialectise en fait l'articulation entre douleur et souffrance dans trois dimensions :

-Apaiser : La valence douloureuse de l'acte sert la recherche d'un **court-circuit**, en lui attribuant une fonction distractive, par déplacement de l'attention d'une douleur morale vers une douleur physique (68). Mais cette tentative s'appuie plutôt sur une croyance relative à la douleur, et non au ressenti douloureux lui-même, le pouvoir distractif étant plutôt conféré par la vue du sang que par le vécu de la douleur.

-Contrôler : Devant l'impérieuse nécessité de l'acte, l'expérience de la douleur physique est occultée. La douleur se retrouve alors muée en arrachement à soi, afin de conjurer la souffrance en soi. Par l'acte, le sujet prend le parti délibéré de la douleur, gage de maîtrise et de résistance, **au détriment de la souffrance, intolérable et hémorragique**. La douleur physique est une butée symbolique à opposer à la souffrance, une manière de colmater son débordement et de la transférer sur un espace où elle devient un instant contrôlable.

Cette externalisation sur le corps de la souffrance psychique récurrente chez nos patients (affects dépressifs, crainte de l'abandon, colère...) a un triple but : réaffirmer un sentiment de **pouvoir** sur l'objet dont la séparation, réelle ou non, est imminente ; repérer et **contrôler un nouvel objet** ; et **détruire le mauvais Moi** (57).

L'agir a pour fonction de maintenir la représentation de soi et de ses limites distinctes des autres.

-Exister : L'acte douloureux comme moyen de dépasser la souffrance psychique incite à une réappropriation du corps dans sa dimension la plus extrême : dominer la douleur physique pour reconstruire une psyché abîmée. La notion de douleur semble indispensable pour que s'ancre la croyance d'être en vie, pour que soit réhabilité le sentiment d'exister. Face au manque chronique d'étayage sur le monde, **exister ne suffit plus, il faut se sentir exister.**

Dès lors, la douleur prend une valeur anthropologique.

Cette valeur fait écho aux rites de passage fondant les repères des groupes : VAN GENNEP rappelle que « le corps humain a été traité comme un simple morceau de bois que chacun a taillé et arrangé à son idée : on a coupé ce qui dépassait, on a troué les parois, on a labouré les surfaces planes, et parfois avec des débauches réelles d'imagination » (69).

Ainsi, la mutation de l'existence est permise non seulement par la trace corporelle, mais aussi par la douleur qui l'enracine. Elle est gage de passage, de différenciation et énonce les valeurs fondatrices du lien social. Mais on ne saurait réduire l'acte autoagressif à la référence aux rites socio-culturels, étant donnée la pluralité des atteintes individuelles et l'intensité des sens intimes.

Ces trois dimensions illustrent de quelle façon la douleur est réadressée et différée. Ce constat de l'analgésie durant l'acte est confirmé par le **savoir biologique.**

D'une part, les données biologiques argumentent la réalité d'une modification de la douleur. Elle a à voir avec la libération des substances opioïdes inhibant les fibres nociceptives au niveau cortical associée à une inhibition présynaptique de la libération de sérotonine, mise en évidence par le dosage plaquettaire de récepteurs (57). D'autre part, on sait que le trouble borderline entraîne plus spécifiquement une dysrégulation de l'adaptation au stress, avec participation du système mésocorticolimbique, pour atteindre un seuil modifié d'excitabilité et un peu plus altérer le caractère subjectif du ressenti douloureux (70).

En conclusion, le noyau de l'agir polarise une première fonction autour d'une tentative de **régulation d'une dysphorie émotionnelle**. La clinique se traduit par des agirs à tonalité tantôt impulsive ou compulsive, dont la prévalence nous indique les différentes voies par lesquelles l'agressivité est réadressée.

III.B.3.b L'agressivité

Ce noyau de l'agir, au-delà de la tentative de dialectiser la douleur, est traversé par une autre mouvement : celui du déplacement d'une agressivité du corps interne vers le corps externe. Ce retour vers le corporel s'établit selon un mécanisme régressif, dans la triple perspective :

-d'apaisement : l'acte autoagressif a valeur de décharge, sur un mode **sensori-moteur**. Il traduit la fixation-régression au stade prégénital du sujet confronté à une angoisse, et le débordement concomitant face à une pulsion d'emprise signant ses faibles capacités de liaison. « L'acte automutilatoire a valeur de purification des excitations qui viennent entraver l'enveloppe psychique, par la potentialité de réjection d'une pulsionnalité peu liée et non contenue » (71). L'agressivité est ici associée à l'impulsivité pour attribuer à l'agir une fonction purement **économique**.

-de contrôle : la question de l'agressivité nécessite de se dégager de la confusion des termes entre agressivité, violence et destructivité. Car pour comprendre quel sens peut prendre l'agressivité, tout dépend du cadre théorique auquel on se réfère. En s'attardant sur le Petit Robert, le mot « *agressivité* » renvoie au mot « *violence* ». Par ailleurs, l'agressivité est définie comme une manifestation de l'instinct d'agression, lui-même défini comme un instinct

fondamental de l'être vivant, lié selon les uns à la destruction, selon les autres à l'affirmation de soi.

Sur le plan psychanalytique, plusieurs auteurs défendent la nécessité de distinguer deux composantes agressives. Freud séparait la tendance sadique, **composante de la libido**, de la pulsion de destruction et de sa liaison à la **pulsion de mort**. Cette distinction se poursuit sous la forme de **l'agression et l'agressivité** (LEBOVICI et DIATKINE) ou de **violence fondamentale anobjectale et agressivité** (BERGERET). Il s'agit donc d'un problème complexe, mais nous nous référerons à cette dernière terminologie par souci de cohérence globale.

L'agressivité, si elle peut être considérée également comme vitale, renferme, à la différence de la violence fondamentale, une part de satisfaction dans le fait de voir souffrir l'autre. Elle tient compte, au moins partiellement, d'une problématique **oedipienne et génitale**, alors que la violence fondamentale demeure du registre **archaïque, pré-génital**, narcissique et inné. Alors que l'agressivité est issue d'une relative union des pulsions de vie et de mort, et de ce fait mobilise une charge libidinale et une orientation objectale, la destructivité est sous tendue par la désunion, la désintrinsication pulsionnelle. Elle est élémentaire, primitive et surtout dépourvue de toute participation libidinale.

Chez le Moi immature de l'état limite, la carence du système de pare-excitation associée au déficit d'excitation libidinale provoquent un réveil de la violence fondamentale. L'adulte, confronté à la violence de l'enfant en lui, doit « proposer un modèle jouant à la fois comme pare-excitation sur le registre violent et comme excitant progressif sur le registre libidinal » (72).

Ainsi, selon la qualité de la relation d'objet et le niveau de régression, le noyau de l'agir dialectisera agressivité et violence en miroir des enjeux de préservation narcissique ou des possibilités objectales.

Le mouvement pulsionnel sous-jacent sera alors double: la pulsion de destruction vise **l'anéantissement de l'autre** alors que la pulsion d'agression vise **sa domination**. La destructivité défendra l'intégrité du moi face à la menace de désorganisation, dans un mouvement d'expulsion. Alors que s'opérera une agression de l'objet externe, secondairement retournée contre soi dans le second cas où l'agressivité répond à la menace de séparation d'avec l'objet. Si le but de la pulsion d'agression est inhibé, celle-ci peut se mettre au service des pulsions d'autoconservation et de la pulsion de vie, ce qui se rapproche de **la sublimation des pulsions agressives** de Freud et nous ouvre des perspectives d'élaboration du cadre thérapeutique (73).

Nous pouvons donc nuancer notre propos et parler de la destructivité à l'œuvre dans le noyau de l'agir de l'état limite dans deux dimensions :

-sur le mode de **l'agressivité**, via une force de construction et de défense, servant à définir et à protéger son espace personnel.

-sur le mode de **l'agression**, force violente de destruction de soi et de l'autre, qui menace et rend confuses les limites interindividuelles. Le passage à l'acte a pour but d'annuler toute menace pour le monde interne conditionnée par la perte d'objet.

➔ Le sujet limite oscille entre ces deux modes. A certains moments, l'agressivité tend à se délier, à s'autonomiser par rapport à la libido et débouche sur la violence. A d'autres moments elle est liée tout en restant offensive. Et elle peut secondairement être sublimée par la créativité ou la combativité. La différence essentielle renvoie donc au point de vue

économique, aux exigences du monde interne.

Le sujet est préservé du risque de sa propre violence dans la mesure où il a pu transformer en agressivité liée. C'est, pour l'essentiel, autour de l'organisation des modalités sado-masochiques qui en résultent que l'on pourra suivre les destins de ces différentes formes de destructivité.

En mobilisant des mécanismes de défense aussi archaïques que le retournement contre soi et le renversement dans son contraire, le noyau de l'agir prend forme dans le moule du masochisme secondaire pour offrir au Moi la possibilité (ou l'illusion) de se délivrer de l'emprise de l'objet et de reprendre une position active de maîtrise là où il se sent menacé de débordement par l'objet. La tension se dissipe par l'abandon d'une partie du corps, notre sujet « se fait la peau » pour son salut.

-d'existence : Le retournement masochique de l'investissement d'objet insatisfaisant est une des façons de se délivrer de l'influence de l'objet en le récupérant en quelque sorte : « se dépouiller d'une mort qui colle à la peau pour sauver sa peau » (74)

L'atteinte de ce corps, dans un contexte de crise est donc le reflet d'une souffrance psychique étroitement liée à la question du narcissisme pris dans les mailles d'une relation d'objet impossible. L'agir parle d'un besoin de **protection de l'intégrité de soi** plus que du désir de **maintien d'une intégrité corporelle**. Il protège le Moi des aléas de cette relation dans un premier temps mais peut le menacer dans un second temps si le système se ferme trop sur lui-même.

III.B.3.c Le trauma

De nombreux auteurs ont établi une corrélation entre personnalité borderline, antécédents d'abus sexuels et haut niveau de dissociation (75). Ces mêmes auteurs font d'autre part une relation significative entre automutilations et syndrome dissociatif. Le trauma conditionne chez l'état limite un vécu émaillé d'épisodes dissociatifs, face auxquels le noyau de l'agir propose une tentative de réunifier un lien corps-psyché rompu par le traumatisme.

Ces états dissociatifs sont rapportés par les sujets limite comme la conséquence de situations de stress, sous forme d' « une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » (12). Maeva me rapportait lors d'un entretien de retour de permission : « *A un moment, tout est devenu complètement bizarre. J'avais très peur, je ne comprenais plus rien autour de moi, j'étais dans un autre monde. Je me sentais en danger, sans protection. Je ne pouvais même pas juste m'enfuir, car ma vue était brouillée, comme si je n'étais plus moi-même* ». En reliant ce moment dissociatif à ceux du passé, dans un mouvement diachronique, Maeva nous a révélé l'importance des automutilations qui y étaient associées. L'agir semble lui avoir servi de « digue », visant à « sacrifier une partie pour sauver le tout » (74). Cette **tentative de s'extraire de l'état dissociatif** peut s'agencer là encore dans un triple mouvement :

-d'apaisement :

Les sujets rapportent un pouvoir de « purification » sensorielle et symbolique conféré par l'écoulement du sang. L'incision de la peau leur inspire généralement deux métaphores du soulagement : celle de la soupape de sécurité pour éviter d'éclater, de craquer ; celle du déversoir destiné à drainer le mal-être, à réguler le débordement intérieur. Et l'acte équivaut alors à une purge, une saignée, en même temps qu'il correspond à une « reprise en main » synonyme de maîtrise.

-de contrôle :

Chez ces sujets touchés par le poids du trauma, la blessure répétée est une manière symbolique d'affirmer que leur corps n'appartient qu'à eux (76). Le corps devient le seul langage possible face à l'indicible de l'événement.

De plus, lorsque le sujet est confronté à une dissolution du Moi, l'acte incarne pour lui une opportunité de **redéfinition des limites**. En se référant de nouveau à ANZIEU, qui part du principe d'un fantasme de peau commune pour dévoiler le développement d'un fantasme de peau arrachée permettant au Moi d'accéder à sa quête d'autonomie, la recherche de cette « union acceptable » prend sens. Elle serait issue d'une insuffisance de peau commune, reflet d'un manque de contenance dans les relations précoces, qui oblige le sujet à entretenir le fantasme de peau arrachée pour conserver un sentiment d'existence au travers d'une maîtrise douloureuse du corps. Ainsi selon CHILAND, dans le prolongement des théories d'ANZIEU, « l'acte autoagressif a valeur de rupture contre la régression angoissante associée à la fusion des objets internes et externes, sous l'influence d'angoisses de plus en plus psychotiques. Le phénomène dissociatif lié à ces menaces angoissantes traduit la perte d'enveloppe qui encadre souvent le geste automutilatoire » (77). L'agir et sa trace ont donc valeur de **restitution d'enveloppe**, enveloppe physique qui était l'enveloppe psychique au prix d'une enveloppe de destruction partielle. La blessure corporelle est une mémoire sans cesse ravivée du trauma, une tentative toujours à renouveler d'en reprendre le contrôle. Là où toute symbolique a été abolie, comme dans l'inceste, la blessure **renoue avec une frontière**. Mais cette tentative de réintroduire une limite s'épuise d'autant plus que la **destructivité** infiltre l'acte. L'effort douloureux de se sortir du trauma butte contre l'enracinement trop étroit de la blessure à l'évènement qu'elle cherche à dépasser.

-d'existence :

« Dès que l'Autre est trop présent, le débordement émotionnel, issu de l'indifférenciation initiale sujet/objet se manifeste. Il s'opère alors une régression psychique vertigineuse sans possibles paliers de fixation. Cette régression soumet le sujet à des angoisses archaïques d'intrusion ou d'abandon, avec vécu d'annihilation insupportable, et potentiellement meurtrier pour la psyché » (71). Ce retour à **l'indifférenciation primaire** provoque des angoisses de **dépersonnalisation**, face auxquelles la seule issue n'est plus que l'agir sur le corps. CORCOS impute ce vécu de dépersonnalisation au « conflit d'introjection », **opposant les besoins d'identification à la menace de l'intégrité narcissique** du sujet soumis à l'identification projective. A cause de cette identification projective, et de l'impossibilité d'une bonne introjection, le sujet ne peut intégrer sa pulsionnalité et se retrouve dans l'obligation de l'évacuer. L'auteur parle alors d'une « terreur d'exister », degré ultime d'une angoisse d'identité.

→ Le recours à l'acte s'impose comme une défense externe contre le danger interne lié à la blessure narcissique réveillée par les conflits introjectifs, témoignant de la vulnérabilité des sujets limite à la dissociation.

Nous venons de développer l'intérêt du noyau de l'agir à travers la tentative archaïque de sauvegarde narcissique. Mais, dans cette quête de continuité d'existence, le recours à l'acte peut également répondre à un mouvement d'effort pour renouer non plus seulement avec soi mais aussi avec les autres, dans une perspective sociale. Ce mouvement part, comme le souligne FAVAZZA, du concept paradoxal d'un acte morbide pour revenir dans la normalité, « un acte morbide de régénération » (76). Cette normalité suppose l'introduction d'un autre, d'un **tiers**, et donc d'une **ouverture au symbolique**. Ainsi, chez les sujets limite bénéficiant d'un Moi relativement stable, le noyau de l'agir régule l'économie dans une **dimension plus**

relationnelle. Elle se façonne dans un double éclairage, mêlant un pouvoir de communication préverbale à celui de lien social.

III.B.3.d L'agir à valeur de communication

Nous parlons ici de communication préverbale, dans laquelle la transaction du message passe par l'agir. Le contenu du message émis par le sujet qui se blesse injecte du sens, qui s'adresse à **l'autre, le récepteur**, à la fois dans sa fonction de témoin, de contenance, et d'attention. La trace a donc valeur d'objet intermédiaire dans la relation à l'autre, et permet d'amarrer l'acte au registre de la **mémoire**.

- *Un message préverbal :*

L'acte médie une narration préverbale dans un jeu de symbolisation primaire, en résonance avec les premiers échanges peau à peau. Le message est signifié **dans le réel** : il est déterminé par un continuum qui part de l'ancrage de la coupure à l'autre dans le réel, jusqu'à des scénarii plus élaborés masochistes ou oedipiens.

Cette dialectique est incarnée à travers l'ambivalence du jeu entre **montrer et cacher**. La cicatrice est dissimulée, mais certains espèrent sa découverte inopinée pour pouvoir enfin transmettre leur détresse. Au delà d'une monstration, le sujet y greffe un sens sous forme de compromis évitant l'autocastration dans le réel, à défaut d'une inscription dans le symbolique. S'il choisit de l'occulter, **la loi du père est convoquée**, la sacralité corporelle résonne. S'il choisit de la montrer, il réveille la **profanation de la sacralité** diffuse qui entoure socialement le corps. En se modifiant soi, le sujet aspire à modifier l'ordre des choses, cette trame confuse sociale dans laquelle il ne trouve pas de reconnaissance.

L'exemple du sang est éloquent pour traduire l'ambivalence qu'il contient sur le plan symbolique, à la fois substance de vie et simultanément de mort. Il touche à des interdits essentiels : celui de le faire couler, le respect de l'intégrité du corps, la crainte de la mort. « Cette substance éminemment chargée de sens, cristallise une aura de sacralité et fait miroiter les représentations », en particulier celle du déni de la castration (74).

- *Fonction de mémoire :*

Cet ancrage dans le réel est surdéterminé dans un second temps par une fonction de **mémoire**. Dans les institutions fermées, les marques corporelles sont une ressource pour créer du lien, l'inscrire sur la peau comme une mémoire indéfectible. Les inscriptions scripturaires témoignent d'une **écriture de frontières symboliques** dont le parchemin est la peau.

L'acte ancre ainsi une forme de maîtrise sur le monde, une lutte contre sa dérobade. En écho au fonctionnement clivé qui l'aliène, le sujet limite investit son corps dans une ambivalence qui réveille celle de son investissement au monde : il l'aime et le hait avec une intensité variable liée à son histoire personnelle. « Le corps est une matière d'identité qui permet de trouver sa place dans le tissu du monde » (74). Le noyau de l'agir devient une pelote à dérouler pour tisser cette trame. En changeant son regard sur le monde, il change le monde au sein duquel il vivait. Et par cet instant, il retrouve transitoirement l'apaisement.

- *Le récepteur de l'acte :*

Il peut être celui qui observe : parent, soignant, proche... Sa position de témoin le met à l'épreuve du déplacement de la douleur.

L'acte autoagressif mobilise en effet l'autre, en qui il réveille un sentiment d'effroi, un réflexe intolérable **d'identification**. En signifiant une rupture brutale avec l'interdit commun, l'acte,

dans un premier réflexe chez l'autre, peut être passé sous silence, parce qu'en parler donnerait substance à l'événement (74).

De plus, il est pris dans les rouages d'une forme d'emprise que le sujet automutilateur mobilise. Au delà d'un vécu attendu de manipulation, l'acte confère un pouvoir relatif à celui qui l'ose ; en se faisant mal, l'individu dispose d'un moyen efficace de faire mal aux autres.

Cette reconnaissance du mal-être par les proches associe chez le sujet un sentiment d'intrusion en même temps que l'attente de nouvelles modalités relationnelles.

- *Facteur d'entretien, un système de croyances erronées :*

Cette fonction interactive est également comprise par **l'outil cognitivo-comportemental**, Il conceptualise l'agir autoagressif dans le réel, entretenu dans une boucle de renforcement par le regard de l'autre. Il formalise l'automutilation comme une réponse opérante, renforcée à la fois **négativement** par le soulagement de la détresse émotionnelle, et **positivement** par l'obtention de l'attention de l'environnement immédiat, comme gain secondaire (57). Le renforcement négatif est appuyé par deux croyances de base : la tension affective ne pourra être expiée que par une action, et l'automutilation est acceptable, nécessaire et même **avantageuse**. Le renforcement positif quant à lui imprime la dimension relationnelle, en confortant le sujet dans la conviction qu'une action intempestive est **nécessaire** pour communiquer aux autres ses affects.

Ces croyances sont détaillées par GUNDERSON reprenant les travaux de ZANARINI afin de mettre en évidence par ordre décroissant les cognitions dysphoriques actives chez les sujets borderline (78) : « je suis incompris », « je suis mauvais », « je pense à me faire mal », « personne ne m'aide », « je pense à me tuer ». Il met ces cognitions en parallèle avec les affects dysphoriques : « submergé », « vide », « inutile », « en colère ». Ces perturbations dysphoriques traduisent une dimension interpersonnelle prépondérante.

→ L'expression d'une souffrance émotionnelle n'est plus seulement recherchée pour recouvrer une continuité interne, mais comme **support intersubjectif** de la relation à l'autre. L'acte autoagressif peut donc représenter une forme d'appel à l'aide visant la personne d'avec qui la séparation est redoutée. Mais il ne peut se dégager d'une potentialité létale, lorsque ce moyen n'est plus suffisant.

De plus, cette fonction revêt un **intérêt thérapeutique**. L'autre est en effet érigé via l'agir en récepteur, pris dans les rets de multiples affects, dont la métabolisation aura un effet rétroactif sur l'émetteur du message : attention, peur, évitement, colère sont autant de variables jouant sur la possibilité de contenance de cet autre, et par extension sur l'aidant ou le soignant. Ce mouvement se déclinera comme un des points de butée de l'approche thérapeutique des patients limite marqués du sceau de l'agir.

Ainsi, le type d'acte, sa valeur symbolique et l'interaction avec le récepteur sont en quelque sorte le reflet du type de relation d'objet et du niveau d'archaïsme du sujet. Le souci d'épargner son visage traduit par exemple un degré de gravité moindre, lié à la volonté du sujet de rester au cœur du lien social et au fait que ce dernier ne perd pas tout à fait le contrôle de son geste.

De nombreux auteurs insistent d'ailleurs sur l'intérêt de penser l'automutilation comme une tentative de renouer le contact avec les autres et avec la société (74,76). Certes, il s'agit d'une pratique de gestes accomplis dans la « plus haute des solitudes », mais par leur portée symbolique, ils s'inscrivent dans un mouvement social, dont le phénomène de multiplication des forums d'automutilateurs en témoigne par exemple.

III.B.3.e Fonction sociale

Cette socialisation intervient dans un second temps. En effet, le mouvement initial du geste s'inscrit dans une économie individuelle avant de s'exprimer collectivement, à partir d'une demande soutenue par la revendication de la possession exclusive du corps. C'est ainsi que les automutilateurs regroupés sur des forums ou associations sont susceptibles former un lien social à partir de leur symptôme, répondant à un isolement, que ce soit un sentiment de solitude ou un isolement social. L'avantage social par le regroupement permet donc une sortie de l'isolement, par **une identification possible autour du symptôme**.

De plus, en considérant la dimension à la fois individuelle et sociale de l'agir, nous repérons un paradoxe, souligné par GUTTON : « L'acte est acte de société. La comportementalisation s'offre à l'analyse psychosociale et clinique. La mode et les grands thèmes sociaux lui donnent sa force, ses normes de temps et d'espace » (79). La société interroge voir entretient cette prévalence de l'agir par le regard du journaliste, du sociologue ou de l'historien.

Envisager ce noyau de l'agir dans sa dimension relationnelle érige une première pierre pour aider le sujet à quitter le domaine du réel et accéder à celui du symbolique, en insistant sur la question du tiers dans la fonction contenante.
--

III.B.4 Conclusion

Nous avons dans un premier temps enclos le champ de l'agir à l'acte en lui-même, acte unique, signant le **débordement des capacités d'élaboration symbolique**. Puis nous avons précisé comment l'acte, à travers la relation d'emprise et le risque de répétition, ne fait que renvoyer le sujet à sa lutte contre une **angoisse toujours plus désorganisatrice**. Enfin, nous

avons identifié en quoi ce noyau de l'agir, pouvait mobiliser chez certains sujets des perspectives de passage du réel au symbolique à travers sa **valeur de communication**.

Chez ces sujets limite dont les assises narcissiques et le sentiment d'individualité sont précaires, c'est-à-dire dont la position subjective fait défaut, l'acte autoagressif permet une **réappropriation du soi contre la menace d'intrusion**. Le noyau de l'agir devient ainsi pivot de l'économie narcissico-objectale en visant un sentiment de **continuité d'existence, d'identité**, de façon plus tangible, et en projetant cette identité dans l'avenir, le devenir, et dans l'extérieur. Il résout pour un temps le problème de l'intériorité par l'extériorité, en multipliant des mises en scènes de soi pour sursignifier sa présence au monde.

Nous concluons avec CORCOS, qui dit du recours à l'agir qu'« il témoigne de la recherche de limites psychiques chez un sujet en voie de dissolution faute de repères internes psychiques et corporels suffisamment limitants, et constitue souvent une alternative au passage à l'acte suicidaire, qu'il n'évite pas toujours. Cette régulation morbide s'autorenforce et s'auto engendre avec l'évolution chronique installant une véritable addiction. » (71).

La question de l' autoengendrement et en deça, de la répétition rend par conséquent très ténue la frontière entre noyau de l'agir et noyau addictif.
--

III.C. MAEVA, 20 ANS

III.C.1 Contexte clinique de la rencontre

Maeva est une jeune femme de 20 ans, prenant place dans mon bureau de consultation avec une demande bien affirmée : « *Ça ne va plus, il faut m'aider* ».

Elle n'est pas farouche, mais manifeste une tension psychomotrice palpable, s'exprimant par un débit verbal discursif et accéléré. Une grande excitation traverse son discours et ses attitudes. Sa silhouette se veut masculine, soulignée par des cheveux courts et décolorés et une veste de sport, mais sa posture et sa manière de s'exprimer nuancent cette impression.

Cette première rencontre a pour but de faire connaissance avec Maeva et d'identifier sa demande d'aide.

Elle entre en contact avec moi de façon saccadée, vive, dans l'attente d'une réponse immédiate à sa question : « *Comment faire pour arrêter la spirale de mon mal être?* ». Elle scande ses réponses par une compulsion de « *donc...donc...donc* », comme s'il fallait aller vite, comme s'il lui était insupportable d'attendre. Elle cherche à déposer ce bouillonnement, plus qu'à le partager. D'emblée, le ton est donné: la recherche d'étayage sur l'instance médicale se veut débordante et urgente.

Elle insiste à plusieurs reprises sur l'authenticité de sa demande d'aide et de soutien : « *Croyez-moi, c'est très grave ce qui m'arrive!* ». Mais lorsque je viens vers elle, elle a tendance à se décentrer du thème des questions qui lui sont posées et donne l'impression d'un évitement de certains sujets, recentrant en permanence sa plainte symptomatique sur les consommations de cannabis. Elle réitère ainsi l'importance de ses conduites excessives de consommations, et me souligne sa terrible impression « *d'être dans une impasse, de ne plus contrôler (s)a vie* ».

Par ses demandes anxieuses et massives, Maeva tente de m'aspirer dans une sorte d'urgence de la situation, une nécessité de la soutenir, l'aider, la conseiller. Je me garde d'amorcer trop vite un levier de représentations ou une perspective magique et toute puissante. Elle me demande des « *recettes* », quand elle me sollicite sur ce que j'en pense, ce qu'elle doit faire, ce

qui suggère le « besoin de se débarrasser par les voies les plus courtes et les plus rapides, de ce qui est vécu comme une tension interne menaçante » (80).

De plus, cette expression d'une attente de protection prend forme dans un mouvement de va et vient sinusoïdal, alternant entre des élans d'investissements massifs et de désinvestissements tout aussi impératifs : position avenante, puis discours disqualifiant sur les médecins précédents, puis de nouveau de grandes adéquations à mes remarques... Cette disposition relationnelle me donnait à penser que je n'avais pas devant moi une économie de type hystérique, mais un mode appelant l'anaclitisme et la pathologie essentielle du lien.

Je me suis alors employée à être rassurante par la gestuelle, permissive à ce qu'elle proposait, mais sans m'engager en rien, ni reprendre à mon compte ses affirmations.

Mon objectif était qu'elle se sente anaclitiquement bien acceptée, d'apaiser le niveau d'angoisse et de la revoir. Je lui propose un second rendez-vous afin de préciser sa problématique, et ce dans quoi elle pourrait s'engager en terme de relation thérapeutique et de cadre, de façon à m'appuyer sur une temporalité évitant de fonctionner en miroir de son urgence.

Le lendemain, je reçois l'admission dans le service via la Maison des Adolescents de Maeva. La jeune fille s'y était rendue dans le but d'obtenir une hospitalisation plus rapide, arguant des conduites à risques amplifiées par ingestion d'alcool et de cannabis : « *25 douilles dans la nuit !* ».

Le mode d'entrée en hospitalisation se fonde donc dans un premier agir, justifié par une plainte addictive. A ce stade là, mon évaluation clinique est peu assurée. Hormis l'intuition relationnelle du côté de l'anaclitisme, l'avidité de l'urgence et la place bruyante prise par la plainte addictive, je ne peux affirmer la prévalence d'un fonctionnement psychique évident.

III.C.2 Eléments anamnestiques

-sur le plan familial :

Ses parents se sont séparés lorsqu'elle était enfant, en raison déclare-t-elle de l'alcoolisme de sa mère. Elle a alors vécu avec son frère pendant trois ans chez cette dernière, dans le Morbihan, avant qu'elle ne décède d'un cancer digestif de façon subite. Son père, chef d'entreprise dans l'immobilier, a refait sa vie avec une femme, avec laquelle il a eu une petite fille âgée de six ans. Le frère de Maeva est étudiant à Paris, « *dépressif, comme ma mère et moi* », tandis que la jeune fille tente depuis un an de survivre à un studio dans lequel elle a emménagé seule, mais contrariée par de grosses difficultés d'autonomie.

-sur le plan scolaire :

Sa scolarité a été chaotique, constamment bousculée par des petites transgressions, convocations, avertissements, oppositions, rendant compte de capacités d'apprentissage correctes mais entravées par des difficultés de concentration et de stabilité. Elle évoque un sentiment de honte devant ses difficultés scolaires.

Elle tente actuellement de valider son CAP Vente, chargée de relations clientèle. Elle souligne d'ailleurs le paradoxe de la situation : « *Pourquoi j'ai choisi la vente, alors que je déteste les gens ?* ». Lorsque je la rencontre, elle m'annonce que son « *année est foutue, à cause du cannabis, (elle) vient de rater tous les écrits* ». De plus, son stage a été compromis par des conflits ouverts avec son patron, auquel elle a reproché de « *l'exploiter, lui faire faire un boulot d'homme* ».

-sur le plan affectif :

Elle m'explique sortir d'une grande période de confusion, ayant décidé de mettre un terme à une relation homosexuelle qui l'a immergée pendant plusieurs mois au sein d'un groupe de mauvaise influence, abusant de ses moyens financiers, et l'attirant sur le chemin de la transgression et des conduites à risque.

Elle parle de façon confuse de représentations très sexualisées, ne pouvant rendre compte de rien de vraiment surmoïque ou oedipien, mais d'un idéal du Moi très puissant et très exigeant, d'une immaturité affective évidente, permettant peu d'emprise aux représentations libidinales.

-sur le plan des centres d'intérêts :

Ses loisirs se dessinent du côté de la musique : « *Quand je suis bien, je me jette à corps perdu dans la musique* ». Cela m'interpelle quant à l'appartenance de ce corps perdu, et Maeva me guide en me précisant que sa mère en jouait lorsqu'elle était enfant. Ce « corps perdu » rend compte d'une part de la surdétermination de ses engouements, et d'autre part, de ce qui la rattache à sa mère, à ce corps à jamais perdu.

III.C.3 Rencontre avec son père

Je lui propose une rencontre après quelques jours d'hospitalisation.

Ce père, proche de sa fille, voire intrusif se montre à la fois le copain, le confident et le thérapeute de Maeva. Il tient un discours certes inquiet mais surtout déterminé, sans ambages, quant à la problématique de sa fille : il s'agit d'un problème de drogue, un point c'est tout, il

faut donc l'envoyer très loin, en post-cure. Il évoque en termes peu convaincants les propositions de psychothérapies antérieures, en argumentant l'idée que sa fille n'est pas folle. Ces propos omnipotents et disqualifiants paraissent unir père et fille, la rassurant quant au fait d'être « *différente, pas comme tous ces fous* ».

III.C.4 Parcours de soins

Son suivi psychiatrique a débuté à l'âge de dix ans, suite au décès de sa mère. Elle présentait alors les symptômes d'une humeur fragile, de difficultés relationnelles, et de comportements entravant la scolarité.

La pédopsychiatrie a maintenu un suivi pendant plusieurs années, accompagnant des périodes tantôt stabilisées, tantôt explosives remaniées par la survenue des symptômes comportementaux à l'adolescence, essentiellement des scarifications. Puis le relais s'est établi avec une psychiatre, qui a déménagé un an après.

Maeva s'est ensuite tournée vers son médecin traitant qui l'a orientée vers le service d'addictologie, pour accompagner une expérience de sevrage en alcool et cannabis. Cette demande s'est concrétisée à un moment crucial de quête d'indépendance, alors que Maeva vivait encore chez son père, et l'a consécutivement amenée à une décision d'emménagement seule, dans son studio actuel.

Plus d'un an après, elle se présente en consultation spontanée, avec cette demande à la fois vaste et ambivalente « *d'aide* », sous-tendant l'hétérogénéité des enjeux de fonctionnement de Maeva.

Nous distinguons au total trois étapes dans son parcours de soins, rendant compte des symptômes actuels qui figurent l'écartèlement entre les événements passés et les espoirs présents, les uns étant à la mesure et à la démesure des autres :

- les deux années de pédopsychiatrie
- l'expérience en addictologie
- la convocation du secteur

III.C.4.a La pédopsychiatrie

Ces quelques éléments ont été recueillis via les comptes-rendus, complétés par la narration de Maeva. La prise en charge était constituée d'un suivi en psychothérapie assorti d'un temps en hôpital de jour.

Son souvenir du début de la prise en charge est marqué par une relation particulière, avide d'affection et d'exclusivité, avec une infirmière référente, dont elle parle en termes idéalisés. Elle me rapporte son vécu relationnel difficile auprès de l'équipe soignante : la distance lui semblait toujours impossible : trop proche, la relation devenait dangereuse, trop loin elle devenait rejetante.

Au sein des temps de groupes de l'hôpital de jour, la moindre frustration était vite intolérable. L'évocation du déroulement des jeux de société sur les temps en groupe lui a rappelé que toute déception était vécue avec intensité, sans recul. Les frustrations affectives devenaient quant à elles de plus en plus nombreuses, en miroir des départs répétés de son père à l'étranger. Maeva a basculé rapidement dans des scarifications impulsives qui soulageaient transitoirement ses tensions internes, mais qu'elle regrettait par la suite : « *C'était le seul moyen pour qu'il reste à la maison !* ». Les automutilations ont duré plusieurs mois. Elle se scarifiait dans un contexte mêlant régression et agression, à travers lequel elle revendiquait une affection dont elle se sentait lésée auprès de son entourage.

→ *Le sens des agirs:*

Il apparaît dans ce contexte que les agirs autoagressifs procédaient d'une valeur autocalmante : « *je suis une boule de nerf* », « *ça me défoulait* », « *un moment où le temps s'arrêtait* ».

Devant les variations de son environnement, en particulier les conflits avec son père, le retournement contre elle, dans une sorte de rituel, lui a permis temporairement de retrouver au plus proche d'elle ses repères défaillants. Les passages à l'acte s'imposaient alors de façon impérieuse dans les moments de crise, comme des tentatives de forcer le passage pour exister.

→ *Peut-on parler de noyau ?*

Tout d'abord, sur le plan clinique, les éléments les plus pregnants dans les observations médicales sont en faveur d'un fonctionnement limite - pondéré par les enjeux pubertaires - et surtout d'une prévalence des agirs. De plus, l'articulation entre angoisses et défenses traduit une fragilité du Moi évidente, aggravée par des carences affectives précoces : maladie et décès de la mère, absences du père. **Cela a concouru probablement à la constitution d'enveloppes défaillantes, rendant Maeva encore plus vulnérable aux variations de l'environnement.** L'agir comportemental est ainsi sollicité en premier lieu, comme moyen de restauration identitaire. La revendication de **maîtrise, d'existence et d'apaisement** justifient le recours à ce noyau.

→ *implication thérapeutique :*

A défaut d'avoir accompagné de façon synchronique la prise en charge à l'époque, je m'appuie sur ce que Maeva rapporte de cette étape du soin, pour en retenir un aspect parcellaire mais essentiel.

Devant les symptômes répétitifs et de moins en moins contrôlables, l'équipe a mis en place un dispositif de soin qui s'appuyait sur des **médiations thérapeutiques**, avec le but probable d'extraire Maeva de cette répétition, en cherchant à atténuer sa tendance à s'aliéner à l'autre dans une relation duelle exclusive. Elle se rappelle en particulier **l'atelier argile**, qui lui a été proposé quelques mois, comme un espace particulièrement marquant. Elle révoque avec facilité ses expériences tactiles, créatrices, en y associant des souvenirs épars : la fois où elle a fait tomber la terre, celle où elle a pleuré en modelant un enfant, ou encore lorsqu'elle est partie de l'atelier dans un élan de colère. Par la mise en œuvre de la sensorialité et des affects, Maeva a participé à un véritable processus projectif, pensé et agi dans un même mouvement en miroir de son vécu et de ses pulsions destructrices. Cet atelier lui a permis de se décentrer de sa problématique autoagressive et de pouvoir utiliser le passage à l'acte comme support de représentation. Il semble que cet espace ait contribué à figurer chez elle quelque chose de la destructivité, par un autre dispositif que le face à face ou l'écoute compréhensive.

III.C.4.b L'addictologie

Là aussi, il s'agit d'hypothèses rétrospectives, rapportées par le biais de comptes-rendus et de la patiente.

L'intérêt de cette hospitalisation, au delà de l'expérience même de la restauration liée au sevrage, s'est fondé du côté de la mise en place d'un contrat de soins personnalisé, qui a permis d'inscrire le projet de soins dans la relation et dans la réalité. Maeva évoque en particulier le support du rythme, du groupe, et de l'engagement. Ainsi, ce séjour de quelques semaines, articulant là aussi hospitalisation à temps plein et de jour, a incarné la place d'un contenant externe matérialisé, d'intensité progressivement adaptée aux besoins d'étayage de Maeva. Le travail sur l'autonomie s'est nourri des rencontres avec l'assistante sociale, et a

trouvé un support narcissisant à travers sa participation au groupe de parole. La prise en charge pluridisciplinaire, privilégiant l'instauration de repères sociaux (logement, couverture santé, et mission locale) a ainsi guidé la jeune fille vers l'acceptation du projet d'emménagement qu'elle n'osait jusqu'alors aborder seule.

III.C.4.c L'appel du secteur

Le diagnostic de trouble de personnalité borderline a été évoqué en fin de prise en charge de pédopsychiatrie, réactualisé en addictologie, et confirmé dans la reprise du suivi. Sur le plan critériologique, il s'appuie principalement sur les symptômes comportementaux, les efforts effrénés pour éviter les abandons, le sentiment chronique de vide et les difficultés à contrôler sa colère.

Plus précisément, certains éléments se distinguent pour faire écho à ce « besoin d'aide » formulé si urgemment en première consultation:

- **Une stase de l'autonomie**, un « point mort », marqué par une régression et une quête avide de la présence paternelle. Maeva est en effet rentrée vivre chez son père et sa belle-mère, laissant son studio dévasté par les dégâts causés par les squatteurs introduits chez elle.
- Des conduites de mise en danger avec impulsivité : « *Je ne contrôle plus rien !* ». Ces conduites paraissent mobiliser **quelque chose du côté de l'ordalie**. A travers elle, c'est la fonction paternelle qu'elle réclame, et surtout sa protection face à une fragilité narcissique très angoissante.
- L'usage de **cannabis** : « *Plus de 12 douilles par jour !* », exclamation clamée et imposée, sans pouvoir y associer une fonction précise.

- Les **alcoholisations** aigües, qu'elle décrit à visée anxiolytique. Elle témoigne avec insistance d'une identification mesurée à « la maladie alcoolique » qui lui semble tenir lieu d'identité et la soumet à une forme de réduction de sa subjectivité. « *Je suis exactement comme ma mère, même mon père le dit* ».

III.C.5 Pendant l'hospitalisation

Les premiers jours du sevrage se passent étrangement bien. Le score de Cushman reste très bas, les soignants n'observent pas de conduite de compensation, ni majoration tabagique ni hyperactivité. Le dosage urinaire réalisé à l'entrée est à 90 ng/ml, soit en deça de l'autoévaluation de Maeva du seuil de ses consommations. Notre intuition clinique se confirme alors : la question des toxiques faisait écran, à la fois pour mobiliser notre inquiétude, et probablement aussi pour colmater l'effraction d'une plainte sous-jacente bien moins accessible. Le symptôme addictif vient remplacer la douleur, la blessure, le sang qui constituaient précédemment ses seules ressources dans un mouvement d'appel à l'autre.

La grammaire de son fonctionnement se décline alors autour :

- d'une confirmation d'un état limite, ayant dépassé les aléas de l'adolescence, pour caractériser le tableau actuel.
- d'un recours à l'objet addictif pour suppléer au flou identitaire, et mobiliser l'autre (le soignant, le père) dans une inquiétude abrupte.

- d'une nécessité intérieure de l'autoagressivité qui se fait moins sentir, et qui révèle qu'un cheminement de sens s'est opéré. En effet, cela fait trois ans qu'aucun épisode de scarification ni de tentative de suicide ne s'est produit. Les prises en charge précédentes ont probablement aidé Maeva à établir une frontière entre son monde intérieur et celui du dehors. La peau, dès lors, remplit son rôle de frontière entre soi et les autres, elle incarne un Moi-peau plus unifié. Néanmoins, si le corps de la jeune femme est moins mis à mal par des mouvements de destructivité, il demeure sans cesse sollicité, en tension.

Dans l'unité, Maeva est en mouvement permanent, cherchant à solliciter l'autre en continu, dans une incapacité flagrante à ne rien faire. Le vide et le penser sont interdits. A cette précarité de la mentalisation, viennent s'indexer des **symptômes phobiques** et des **somatisations** importantes.

- de symptômes phobiques : Elle exprime un symptôme récurrent, la sensation de **vertige**, majorée dans les lieux publics. Nous pouvons penser à une mise en miroir de cette angoisse face au vide extérieur, avec celle du vide intérieur, comme si le vide appelait le vide. Nous rejoignons alors la conception de GUNDERSON, positionnant **l'angoisse du vide** comme fondamentale chez ces sujets. Cette angoisse du vide est essentielle, en particulier dans le noyau de l'agir, car elle signifie à la fois la cause et la conséquence des altérations du Moi-peau et dénonce le fantasme de peau arrachée.

Ce concept de vide réactualisé chez Maeva permet de souligner que l'angoisse est au-delà du morcellement psychotique et en-deça de l'angoisse névrotique. Elle résulte d'une détresse originaire qui subsiste, irreprésentable, comme une sorte d'abysse clivée au sein du Moi et qui capte ses investissements. En insistant sur l'importance de cette plainte du vertige, l'accent est mis ainsi sur la causalité circulaire dans laquelle le vide est un nœud central de sa pathologie.

-de somatisations : Les entretiens médicaux, puis progressivement chacun des échanges reliant Maeva à l'équipe sont infiltrés par des plaintes somatiques polymorphes. Les vertiges surtout sont exposés, mais aussi les symptômes visuels, troubles de l'élocution, dysesthésie, acouphènes : la sphère sensorielle est touchée, et devient le mode d'entrée en relation avec l'autre privilégié par la jeune fille.

III.C.6 Bilan des noyaux

En conclusion, nous pouvons dresser un constat hypothétique du fonctionnement de Maeva. Par l'anaclitisme prévalent et la lutte contre l'angoisse, le fonctionnement limite est repéré dès l'adolescence. Il se structure essentiellement à cette période autour d'un noyau de l'agir. Le travail de longue haleine de pédopsychiatrie semble avoir réussi à dégager Maeva de l'urgence et l'archaïsme des moyens de décharge par le corps. Elle décrit très précisément la question de l'analgésie, du soulagement de la décharge, et du sentiment d'exister qui lui semblait alors si fragile. Mais plus que tout, c'est le besoin de maîtrise qui s'est avéré le plus pregnant, et qui a inscrit les agirs de Maeva dans une circularité répétitive. Cette répétition s'est transmise dans les conduites ordaliques, enlisées dans des abus de substances traduisant une quête d'existence à une période où la sienne était en pleine mouvance. C'est ainsi, dans le prolongement de ces conduites, que le soin en addictologie s'est imposé comme pierre angulaire de sa prise en charge, mettant l'accent non pas uniquement sur les conduites de consommation, mais surtout sur la facilitation d'une autonomie que leur élaboration a autorisée.

Actuellement, elle revient vers le soin par un **appel du corps**, celui de la plainte, du **symptôme hypocondriaque**.

Le facteur reliant passé et présent semble être celui qui dialectise **le langage du corps et la gestion des menaces abandonniques** du père. Ce vécu est réactualisé de façon très aigüe avec le départ de ce dernier avec sa nouvelle compagne, venant réveiller des angoisses de perte et peut-être le souvenir de la mère décédée. La question du deuil nous apparaît en filigrane comme facteur de dépressivité. Elle prend forme sur un fonctionnement limite fragilisé par une relation d'objet anaclitique et des mécanismes défensifs assez instables, pour nous mettre sur la voie d'une dépression-limite réactualisée par des menaces abandonniques paternelles.

Notre hypothèse actuelle semble donc nous guider vers un noyau plus dépressif, à valence corporelle, dans lequel les symptômes hypocondriaques traduiraient l'échec de l'anaclitisme.

Les vécus corporels s'intégreraient ainsi dans cette **économie dépressive** qui rallie à elle la fragilité des assises narcissiques et le sentiment de dévalorisation. Cette lutte effrénée contre l'effondrement dépressif s'est traduite par le développement de symptômes phobiques hypocondriaques, venus signer la symptomatologie actuelle et **différencier ce tableau de celui des agirs.**

Reprenons BERGERET pour élucider cette hypothèse : « Le groupe des états limite dépressifs est articulé sur une relation d'objet anaclitique, et le développement hypocondriaque est un échec de la tentative anaclitique. La relation anaclitique constitue soit une étape préliminaire, soit une régression par rapport à la relation objectale génitale rencontrée dans les structures névrotiques oedipiennes. Le sujet s'y fixe ou y régresse, non par refoulement de l'Oedipe, mais par fuite devant l'Oedipe et répression des premiers affects oedipiens. » (8)

Or nous avons observé que rien de très oedipien ne semble élaborable dans cette famille où les images parentales demeurent focalisées autour d'un père unique et puissant, et une mère

malade et disparue. Chez la jeune fille, cet investissement hypocondriaque correspondrait au lien ambivalent au parent à la fois protecteur et hai. L'autopunition d'allure addictive peut alors se traduire comme la conséquence de l'agressivité contre l'objet parental frustrant. L'objet introjecté a ramené avec lui sur l'organe choisi toute la charge négative. Il faut donc rejeter, à ce moment, l'organe devenu lui même mauvais, ce qui entraîne alors l'expulsion de l'objet antérieurement introjecté et réveille le souvenir de son côté attachant, d'où apparition d'une nouvelle angoisse de perte d'objet, etc... et **le cercle vicieux des vécus hypocondriaques se referme**. Elle sollicite notre médecin généraliste à la moindre plainte, puis se rétracte aussitôt, et revient en solitaire à sa souffrance intime à laquelle elle est attachée.

Ainsi, ce deuil des images parentales se décline comme un point de butée de ses possibilités de séparation. Ce constat nous a guidés sur la voie d'un noyau mouvant, évolutif chez Maeva, actuellement cristallisé du côté dépressif, marqué du sceau d'un investissement somatique signant les parentés avec le noyau de l'agir, noyau actif chez elle durant de nombreuses années.

Le repérage de ce noyau nous permet, en reprenant les indications de CORCOS, d'évaluer au préalable ses **capacités à se déprimer** afin de nous renseigner sur la persistance d'une dimension relationnelle vivante, qu'elle soit d'appel (à l'aide lors des entretiens) ou d'exhibition (majoration des plaintes somatiques lors des repas), à l'opposé de l'enfermement dans des enjeux essentiellement narcissiques (71). Cet aspect est nécessaire pour évaluer le niveau **moins régressif** et **plus névrotique** que Maeva peut atteindre. Ces niveaux correspondent au mode d'activation des noyaux, ce qui explique comment ont pu coexister des

niveaux régressifs structureaux différents qui alternaient et interagissaient entre eux en fonction des enjeux narcissico-objectaux.

III.C.7 Objectifs de l'hospitalisation

Pour Maeva, le projet de soin s'est construit par une réponse en « creux » plutôt qu'une réponse hospitalière comblante, afin de travailler sur les questions de séparation. Elle a mobilisé des ressources issues de sa dernière hospitalisation en addictologie, avec un début de travail amorcé sur le registre de l'autonomie et de la gestion des angoisses de séparation. C'est au prix d'un double mouvement d'autonomisation, vis à vis de l'institution mais aussi des objets parentaux, qu'elle pourra poursuivre son mouvement d'individuation en dehors du risque de répétition des agirs et des effondrements dépressifs.

III.C.7.a L'aménagement du cadre a privilégié :

- Une fonction de contenance : Nous avons proposé à Maeva en premier lieu une possibilité de contenir ses émotions, ses pensées, à un moment où elle semblait si peu assurée que le seul point de repère accessible était celui de la contenance. Pour cela, les premiers temps de l'hospitalisation ont été ceux de la régression, autorisée pour accompagner la restauration narcissique. Espace recentré exclusivement sur l'unité, disponibilité et accompagnements par les soignants, évaluation somatique et entretiens guidés ont facilité ce cadre.

Ensuite, un travail sur le vide, symptôme bruyant dans son observation, a été introduit. Pouvoir repérer et répéter une expérience de vide et la vivre dans l'ici et maintenant de l'hospitalisation a permis de reconnaître l'angoisse de fond sous-jacente que Maeva évitait de

contacter par des tas de stratégies différentes (remplir par les mots, l'agir, les addictions, le désordre, la dispersion...). Expérience de vide dans **la relation à l'autre** par l'absence de réponse immédiate des soignants, vide dans **l'occupation motrice** par les temps de pause imposés, elle a commencé à l'appivoiser, pour servir de support à un tissage de continuité: « *ça me rappelle la pédopsy !* ».

- Un tissage de liens suffisamment solides pour rejouer la problématique de séparation d'avec l'objet. Cela nécessite un réajustement constant, de manière à ne pas répondre en miroir d'une part au transfert massif de la patiente, et d'autre part à ses fantasmes d'abandon.

L'hospitalisation a incarné une **valeur transitionnelle**. Ce temps lui a permis de se dégager de la menace d'effondrement dans l'abandon, voir de remettre en scène une conflictualité familiale : le père ne fait plus père et mère, il redevient le père castrateur, et ouvre une possibilité de décalage de la contrainte par le corps.

- Au maintien d'une garantie du tissu associatif et élaboratif des soignants, en évitant les positions de banalisation ou de toute puissance renvoyées par la répétition de ses plaintes « *de me sentir mourir* » ou menaces « *de péter un plomb* ». La difficulté est d'évaluer la juste distance pour **préserver la massivité du transfert sur l'équipe soignante**. Il s'agit d'instituer une distance thérapeutique qui ne la dépossède pas de son besoin de maîtrise et la contienne, c'est-à-dire ne pas renforcer l'antinomie pathologique entre son investissement narcissique et son investissement objectal.

III.C.7.b Médiation corporelle

Le cadre a ainsi constitué un élément majeur de l'espace thérapeutique, chez cette patiente en manque de repères internes et dont la principale difficulté se situait dans l'effort à fournir pour s'approprier son ressenti, base de construction du sentiment d'identité. L'espace thérapeutique devait être assez solide pour que Maeva **ose s'approcher de son monde interne**. Pour l'aider dans cet effort, nous lui avons proposé un outil thérapeutique dans le prolongement de son expérience en pédopsychiatrie, via une médiation corporelle par la **relaxation**, par la technique autogène de Schultz (81).

L'organisation de l'atelier répondait là aussi à un cadre stable, ferme et calme. Les infirmiers formés à ce groupe aménagent tout au long de la médiation une position d'accompagnement pare-excitante, afin de restaurer au mieux une forme d'environnement maternel primaire contenant. Pour cela, ils proposent aux patients non pas de rétablir des liens avec les affects du passé, mais de vivre dans l'«ici et maintenant» de nouvelles expériences du corps, par l'immobilité, la semi-obscurité, le silence et surtout un espace clos, à la fois de la salle mais aussi corporel et intercorporel. Maeva a participé aux temps de verbalisation en fin de séance, en parvenant à faire part de ses sensations, ses difficultés et ses pensées.

Cette médiation a ainsi renforcé ses possibilités d'étayages dans un environnement rassurant. L'autre intérêt s'est porté sur les sensations corporelles, très envahissantes chez Maeva. En donnant une autorisation à sentir et à exprimer ses perceptions, les soignants ont invité la jeune fille à être attentive à ses sensations, qu'ils ont pu contenir et valider. En les reliant à ses modes de défense, ils ont aidé la patiente à faire un pas de plus dans la représentation du vécu corporel en l'invitant à l'association d'idées ou d'images. Elle a ainsi pu faire le lien avec d'autres situations de la vie quotidienne, et envisager des manières plus confortables de se calmer de cette excitation.

III.C.7.c Prise en charge de secteur

L'objectif du suivi est d'encourager Maeva à poursuivre ses efforts du côté de l'autonomie, et lui garantir une continuité entre des perspectives d'étayage externe et l'appui sur ses ressources internes. Si la période que Maeva traverse renvoie à un vécu d'abandon particulièrement marqué, il s'agit avant tout de valoriser les liens qui la relient encore à une réalité sociale satisfaisante : son appartement, son projet professionnel, son tissu social.

* Dans cette perspective, le projet d'étayage par **hôpital de jour** a été abordé, dans plusieurs dimensions :

- Garantir une transition interne/externe où le soin triangule la relation père/fille exclusive.
- Réaménager la réinsertion dans un contexte social et professionnel adapté, au fur et à mesure des progrès de sa récupération narcissique. Le contact social vectorisé un pan essentiel de ce qu'il faut préserver sur le plan objectal. Il est à la fois « l'indicateur de pression » et « le compresseur de circuit » des échanges relationnels du fonctionnement limite.

L'hôpital de jour a participé durant l'été au **continuum d'une aire transitionnelle**, renforcée par le maintien et la défense de son lieu de vie différencié de celui du père. Mais l'implication dans cet espace tiers n'a duré que peu de temps. En effet, il semblait compliqué pour Maeva d'intégrer l'unité de groupe. Elle n'y a pas retrouvé de **médiateur commun** satisfaisant, ni de **cohésion** entre les membres du groupe, perçus comme menaçants et malades (« *C'est mon voisin de palier, il est déjà fou toute la journée, alors si en plus je le vois ici, je supporterai pas !* »), entravant ainsi les possibilités d'identification, l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'identité groupale.

* Nous avons plutôt privilégié la continuité sur un plus long terme via la mise en place de **visites à domicile** bimensuelles, organisées sous le primat d'un duo que représentaient les deux infirmiers de secteur, un homme et une femme en alternance. Ils ont fait connaissance avec elle lors de l'hospitalisation, et participent sur ces temps à l'étayage aux investissements de Maeva, à l'articulation entre le dehors et le dedans par le regard empathique qu'ils apportent à son lieu de vie et à une possibilité de laisser-aller spontané et non menaçant.

Enfin, une orientation en psychothérapie lui a été proposée, ainsi qu'un planning de consultations psychiatriques en centre médico-psychologique, permettant de garantir à Maeva une perspective de soins durable, non abandonnique. Ces consultations seront également l'occasion d'une réévaluation de l'antidépresseur sérotoninergique, ainsi que des éventuelles consommations de produit.

III.C.8 Réflexion contre-transférentielle

Maeva nous sollicite initialement pour que nous répondions à sa demande en **comblant le vide**, en le remplissant avec du soin, de la prise en charge, en substituant une présence à une absence, en cherchant solutions et réponses afin de colmater la brèche. Elle se situe dans une relation anaclitique, préobjectale, faite de dépendance et d'appui, de recherche de satisfaction positive mais aussi de risque de manipulation active et agressive de l'autre. Comment cela se reproduit-il dans la relation thérapeutique et comment peut-on le travailler ?

* Maeva a réveillé ma représentation d'une convocation de l'instance soignante, à l'image d'une mère archaïque chargée de réparer un enfant carencé. A l'instar de la première infirmière référente, puis de la psychomotricienne, le soignant est convoqué à une place d'idéal. Tout repose sur la toute puissance qui est déposée en lui. Gardons en mémoire que le

mouvement du mécanisme d'identification projective est effractant, et fait resurgir chez le soignant une illusion primitive, celle d'une unité narcissique primaire, **l'ensemble fusionnel des origines** : une mère et son bébé. La réalité impose de renoncer à cette dyade qui provoque l'écroulement de la toute puissance infantile.

BERGERET précise d'éviter de prodiguer un réconfort trop direct et artificiel, qui risquerait de prolonger les vécus de dépendance douloureux. « Il s'agit, au contraire, de lui faire prendre conscience de ses qualités propres et de la vanité de ses reproches concernant des frustrations, le plus souvent très précoces, dont il s'est senti victime de la part de son environnement » (9).

* La réussite du soignant à s'inscrire dans un étayage ne confinant pas à l'effondrement ne peut advenir qu'à partir du travail de deuil portant sur cet échec. Ce mouvement a autorisé la fin de la prise en charge en pédopsychiatrie.

Les difficultés liées au transfert, nous dit SEARLES ,« tiennent au fait que le thérapeute se voit assigner des rôles transférentiels étranges, souvent non humains, remontant aux premiers stades... où il ne peut encore distinguer entre les éléments animés et inanimés... » (82). Le lien thérapeutique est aussi une relation d'objet anaclitique où le thérapeute n'existe pas en tant que personne. **Accepter cette relation pré-objectale tout en la faisant évoluer vers la différenciation** permet d'accéder à une rencontre plus humaine. Pour cela, nous avons cherché à donner du sens à son mouvement incessant, tout en lui laissant assez de liberté pour qu'elle ne se sente pas intrusée ni enfermée.

Notre objectif était **d'éviter l'exclusivité du lien thérapeutique** en favorisant la diffusion des investissements de Maeva, tout en valorisant ses investissements actuels: ouverture du cadre vers l'extérieur, mise en place de suivis plurifocaux, avec surtout des aménagements du cadre

permettant de laisser place au tiers, réinvitant Maeva à s'approprier un investissement relationnel satisfaisant, sans la menace d'un danger potentiel.

Maeva poursuit son parcours sur un fil mouvant, tantôt capricieux, tantôt ferme. Elle maintient des règles cahin-caha dans son appartement, profitant des échanges plus ou moins formels avec les infirmières de secteur. Elle garde les toxiques à distance pour le moment, et a intégré un groupe de musique. Elle a repris contact avec son employeur, à son corps défendant, mais pour rompre le contrat en bonne et due forme grâce à la perspective d'un après, d'un nouveau stage encouragé par ses formateurs devant la réussite inattendue à ses examens.

III.D NOYAU ADDICTIF

Nous avons observé cliniquement la pregnance des conduites addictives dans le trouble de personnalité borderline : **critère diagnostique** à part entière ou **comorbidité**, sa prévalence est forte. Son repérage en tant que noyau dans le fonctionnement limite semble donc pertinent.

Nous nous attacherons à déterminer plusieurs voies de fonctionnement partagées par les deux troubles - addictif et de personnalité - afin de mieux comprendre les **enjeux fonctionnels de la dépendance dans l'état limite**.

Ces fonctions sont principalement du côté d'un investissement substitutif de la réalité externe, mais à risque d'évolution vers un versant plus mortifère, signant l'échec de leur rôle adaptatif.
--

En nous intéressant au noyau addictif, nous serons ainsi amenés à interroger la sémiologie de la force de compulsion de répétition en jeu dans la dialectique de contre-investissement et satisfaction de l'absence, et la jonction avec les deux autres noyaux.

III.D.1 addiction, dépendance et état limite

Tout d'abord, l'addiction est indissociable de la dépendance, puisqu'elle est la transcription comportementale de celle-ci et des éléments qui la constituent. Selon PEDINIELLI, « l'addiction n'est ni la consommation, ni l'usage, ni l'abus mais bien la dépendance à un produit. » (83). Le comportement addictif et le noyau fonctionnel auquel il est attaché se révèlent ici un indicateur de l'expression polymorphe de la dynamique psychique en jeu dans l'état limite. Cela explique pourquoi plusieurs types de comportements (conduites à risques, troubles alimentaires), ou plusieurs types d'objets addictifs (alcool, substances) peuvent être sous-tendus par un même processus psychique.

La clinique nous a guidés sur une voie partagée entre symptomatologie limite et conduites addictives. Sur le plan psychique, cette voie s'origine dans une structuration essentiellement marquée par un **arrêt du développement des fonctions du Moi**. Ce « breakdown », tel que le nommait LAUFER (84), se manifeste dans plusieurs aspects : le dysfonctionnement de mécanismes de défense contre l'angoisse, le défaut de mentalisation avec entraves à l'élaboration psychique, et la prévalence de l'impulsivité. Rappelons à la lumière des remarques précédentes, que ces éléments correspondent d'un point de vue génétique à la primauté de l'angoisse d'abandon, une relation d'objet anaclitique, l'échec du narcissisme primaire et une régression pré-génitale.

Ce constat nous amène à supposer que la conduite addictive répondrait aux défaillances des objets externes et de l'environnement du sujet limite, en lui permettant de maintenir un équilibre psychique et de lutter contre la désorganisation du Moi. L'absence d'un environnement suffisamment étayant sur lequel le sujet peut constituer ses objets internes stables et s'appuyer narcissiquement représente un facteur invalidant sur le plan

psychodynamique. En adoptant cette perspective, **ce n'est pas la pathologie addictive qui est au coeur de la problématique limite, mais plutôt le sujet dépendant et la relation qu'il entretient avec l'objet externe réel de sa dépendance.**

Nous avons choisi de développer quelques théories psychodynamiques fondamentales pour mettre en lumière ce type de relation entre le sujet, son objet de dépendance et son environnement.

III.D.2 Hypothèses étiologiques de l'addiction

Les théorisations psychanalytiques des addictions ne sont pas spécifiques à une organisation psychopathologique, car elles sont transnosographiques. Néanmoins, en partageant avec l'état limite les voies de la régression à l'incorporation et au narcissisme primaire, elles nous éclairent sur la constitution du noyau addictif-limite.

Notre modélisation s'est enrichie des travaux de SZTULMAN qui propose un **modèle intégrateur de « personnalité limite addictive »** en s'appuyant sur les travaux de ses prédécesseurs, en particulier MCDOUGALL, JEAMMET, GUTTON, et CHARLES-NICOLAS (85).

A partir d'un socle commun, qu'il nomme « déception psychique originelle », déterminé par **l'échec d'introjection de l'imgo maternelle**. Il constate le recours à l'objet partiel par les voies du déséquilibre narcissico-objectal (JEAMMET) et de la régression à l'incorporation (GUTTON). Ces mécanismes vont entretenir le mouvement déjà à l'oeuvre dans la genèse limite, c'est-à-dire **une régression** :

-d'une relation d'objet génitale à une relation d'objet pré-génitale et anaclitique (cf JEAMMET)

-d'un Surmoi à un Moi Idéal (cf GUTTON)

-vers un fonctionnement autoérotique, en raison de l'impossibilité d'accès à l'objet total et à la triangulation oedipienne, avec mise en jeu des défenses anti-objectales solutionnées dans un objet partiel transitoire (cf MCDOUGALL)

III.D.2.a Théorisation de la séparation par le concept de déséquilibre narcissico-objectal (JEAMMET)

Selon le modèle de P. JEAMMET, les addictions constituent « un des aménagements essentiels de la dépendance ». La pratique addictive a pour but de retrouver un lien de dépendance que le sujet entretenait auparavant avec ses objets d'attachements privilégiés et qui le reliait à ses objets internes et à leurs représentants externes. **C'est une sorte de compromis** permettant, par une action sur l'extérieur, de « s'assurer à la fois de la réalité d'un contact relationnel, incertain au niveau interne, et de son maintien hors des limites du sujet» (86).

L'addiction, en assurant la permanence du lien de dépendance, apparaît donc chez Jeammet comme **une solution à la menace de séparation**. Or, du fait des différents défauts développementaux établis dans la relation d'objet, cette question de la séparation est constamment réactualisée dans les états limite.

Ainsi, dans le prolongement de JEAMMET, nous repérons le noyau addictif-limite via trois coordonnées, sorte de balisage du « compromis entre deux échecs : celui de l'intériorisation et celui des défenses narcissiques » :

-l'importance des troubles de séparation, conditionnés par les premiers objets d'attachement.

-l'échec des intériorisations

-la possibilité de maîtrise d'un objet externe par bascule du dedans au dehors.

La sollicitation de ce noyau vise corrélativement trois enjeux : le recours au monde perceptivo-moteur, la sauvegarde de l'identité et la confusion entre désir et besoin.

→ le repérage du noyau addictif

Le narcissisme de l'individu renvoie à la qualité des premières relations.

Si, dans le cadre d'une défectuosité des interactions précoces avec l'objet primaire, les autoérotismes du bébé sont entravés, ce dernier aura recours à l'utilisation d'autostimulations répétées. Le développement s'effectue alors par des mouvements introjectifs structurants mais qui peuvent désorganiser le sujet. En effet, l'installation de ce recours répété à la sensation ne peut faire trace, et face à la nécessité de se sentir exister, elle se pérennise. Ce lien de dépendance à l'objet primitif ouvre la voie de la dépendance à l'objet réel, reflet de l'échec des intériorisations et de l'aliénation à l'objet.

Cette dépendance au réel fonde alors le **déséquilibre narcissico-objectal** : devant le narcissisme défaillant, l'objet est recherché mais ne permet pas de réel renforcement narcissique et est donc perpétuellement recherché.

Les manifestations addictives prennent forme à travers ce déséquilibre entre **l'axe pulsionnel et objectal**, constitué des relations entre l'individu et ses objets d'investissement, et **l'axe narcissique, ou axe de l'autonomie**, qui permet au sujet d'assurer son identité et sa continuité. Ce second axe est étayé par le premier. Plus les interactions précoces ont été satisfaisantes et ont permis un investissement du soi équilibré en continuité, plus le sentiment

d'identité sera stable et assuré, et, à l'inverse, moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir.

Par conséquent, JEAMMET, dans sa conception, **fait coïncider ces deux grands axes avec différents moments du développement impliqués dans le genèse de l'état limite** (constitution de l'aire d'illusion et de l'aire transitionnelle, les expériences de séparation et d'individuation, la constitution des auto-érotismes, la capacité d'autonomie et de contentions intrapsychiques des conflits, le complexe d'Oedipe, la puberté, l'adolescence...) où le sujet peut se constituer comme indépendant, où la question de la séparation est centrale. Les différents échecs du sujet limite de cet accès à la séparation réactualisent sans cesse dans ses éprouvés cette double contrainte : s'identifier aux objets mêmes dont il doit se séparer, et à travers ce conflit, la réactivation incessante de la dépendance aux objets primaires. Mais la mise en jeu de ce déséquilibre narcissico-objectal a pour conséquence une **fragilisation narcissique de plus en plus massive, au détriment de l'enrichissement objectal**.

C'est dans ce contexte que le noyau addictif prend forme. Il autorise des solutions de compromis sous forme d'investissement substitutif de la réalité externe pour résoudre ce conflit.

→ recours au monde perceptivo-moteur

Un aménagement de la dépendance chez l'état limite consiste en un jeu dialectique d'investissement et de contre-investissement entre la réalité psychique interne défailante et la réalité externe du monde perceptivo-moteur, utilisée à des fins défensives.

Cette modalité pose problème dans la mesure où elle devient **un mode prévalent et durable** de ce fonctionnement au détriment d'autres modalités. Cet aménagement de la dépendance

n'est donc **pas spécifique au fonctionnement limite**, mais varie en fonction de la conjoncture interne et environnementale à laquelle elle est par définition extrêmement sensible.

Ceux pour lesquels le noyau de dépendance sera prévalent seront ceux qui vont utiliser de façon dominante, contraignante, la réalité externe c'est-à-dire le monde perceptivo-moteur pour contre investir une réalité interne sur laquelle ils ne peuvent pas s'appuyer, car elle ne leur donne pas la sécurité interne suffisante. Ce seront par exemple les sujets qui mettront en avant une sensorialité ou une preuve physiologique à la conduite (87).

→ Sauvegarde de l'identité

Cet aménagement de la dépendance est une conséquence du précédent. Il recouvre une fonction **auto-thérapeutique**, en mettant sous emprise un élément de la réalité extérieure. Les addictions donnent la priorité aux sensations (alors que les émotions menacent le narcissisme) par lesquelles les sujets s'assurent de la présence concrète des objets qui leur font défaut. L'enjeu qui mobilise le noyau addictif dans l'état limite est donc celui de la sauvegarde de l'identité par le recours à un objet interne « sous emprise », véritable **substitut objectal** qui possède des fonctions « anti-introjectives », **pour éviter le processus d'introjection** perçu comme particulièrement dangereux du fait des défaillances des assises narcissiques.

→ Risque : la confusion entre désir et besoin

Pour décrire ce mouvement entre dedans et dehors, JEAMMET fait référence à ce que GREEN a nommé l'archaïque : cet « état de confusion entre le désir, son objet et le Moi » (88). Pour JEAMMET, « le désir est perçu comme une appartenance du Moi élargissant le champ de ses possibilités, mais comme une intrusion de l'objet au sein du Moi, le menaçant et

généralisant un processus de confusion entre contenu et contenant ». Il pointe cette conséquence : « le recours à la quête de sens de plus en plus violente vient remplacer le progressif effacement du lien objectal et de sa trace libidinale » (89).

Par conséquent, le désir, au lieu d'ouvrir le champ d'un enrichissement du Moi par la rencontre avec l'objet, ne peut qu'être vécu comme la manifestation de l'emprise de l'objet sur le Moi. Par ce déséquilibre entre appétence pour l'objet et défaut des assises narcissiques, la représentation du désir concernant l'objet peut générer une violence à l'égard du moi, sous forme d'une tension insupportable à la place d'un travail de représentation que la situation paradoxale ne permet pas.

Plus le déséquilibre sera fort, moins le lien objectal sera efficace et plus le désir s'imposera comme un besoin insupportable.

→ Conclusion

Pour conclure, cette conception développementale fait dépendre les possibilités d'investissement objectal des assises narcissiques, et la qualité de celles-ci des premiers investissements maternels. Lorsque ces processus sont altérés, comme c'est le cas dans l'état limite, l'élaboration de la séparation est directement touchée et engage le noyau addictif.

Il existe donc une relation entre la capacité d'autonomie, la qualité des ressources internes et celles des premières relations objectales. Plus la constitution de l'autonomie est entravée, plus l'addiction est pregnante et vient clamer la faillite des ressources internes.

De plus, la contribution de cette théorie nous permet de ne pas nous limiter à une conception **seulement défensive** du noyau addictif mais de pouvoir y intégrer la **sensorialité**. Elle montre en effet que l'addiction est un **processus actif et réactif** de productions d'auto-stimulations,

des sensations d'emprise et de création d'un objet au statut particulier. L'addiction n'est qu'un compromis d'un trouble des relations entre libido d'objet et libido narcissique permettant l'évitement du conflit, l'apport de sensations et la mise sous emprise d'un néo-objet de substitution. Mais ce compromis a un prix, et constitue une des frontières avec les autres noyaux.

III. D.2.b La régression à l'incorporation (GUTTON)

La notion d'introjection, en tant que processus psychique, renvoie dans la psychogenèse normale à la **possibilité pour l'individu d'expérimenter le fait que ses objets d'amour externes**, c'est-à-dire non issus de lui-même, **puissent passer à l'intérieur** de lui-même. Or nous avons vu que **l'introjection** est directement en cause dans le dyspositionnement intrapsychique des états limite, originé dans un défaut d'introjection de la mère, c'est-à-dire une mère susceptible de lui dialectiser ses deux facettes, positive et négative, en une image maternelle globale (79).

Cette porosité moïque, normale à un moment de l'évolution psychique devient pathologique dans les états limite lorsqu'elle se perpétue et devient constitutionnelle. Selon certains psychanalystes, si ce processus d'introjection ne peut avoir lieu, **le fantasme d'incorporation** peut être amené pathologiquement à s'y **substituer** (90).

L'introjection alors mise en échec ne tient plus sa **fonction d'organisateur** de l'objet interne. Elle cède à la **régression vers l'incorporation**, qui masque l'échec de cette introjection. A défaut d'avoir pu constituer un objet interne suffisamment stable, le recours à l'incorporation va nier la **perte de l'objet par recours à l'objet externe**, régressant du désir au besoin, du fantasme à l'agir, c'est-à-dire vers une forme **d'autoérotisme non fantasmé**, car la dimension imaginaire est occultée.

Le noyau addictif traduit donc une comportementalisation d'un fantasme d'incorporation mis en relation avec l'échec du processus d'introjection.

Là encore, la question de la séparation est centrale : l'introjection s'impose comme mécanisme signant **l'élaboration de la perte** et la séparation avec l'objet externe alors que l'incorporation vise à **nier la perte** de l'objet.

Les enjeux fonctionnels consécutifs signent alors une tentative de restauration identificatoire et une lutte contre le morcellement et la désorganisation.

→ quête identificatoire

Dans ce contexte, l'incorporation apparaît comme un **échec de l'identification mais comporte une dimension identificatoire** visible dans les comportements répétitifs. Dès lors, l'incorporation forcenée, magique, irrépressible, prend un sens existentiel. Elle structure l'existence du sujet en profondeur et la réorganise par une nouvelle économie qui peut être transitoire ou définitive. Les comportements addictifs dans les états limite ont ainsi une fonction de **reconstruction du Moi**, sous forme d'un Moi idéal grandiose, incarnant la mise en acte d'un auto-engendrement, d'une nouvelle naissance.

→ unification des sensations

Ce registre est convoqué lorsque le sujet recherche compulsivement (par le craving) à s'introduire dans le corps des instruments de jouissance et de remplissage les plus divers, en tant que substance externe instrumentalisée et indifférenciée. Cela va de la nourriture (boulimie) à la substance possédant des propriétés spécifiques (café, alcool), ou plus globalement toute substance que le patient sentira.

Le but de cette incorporation n'est pas de leur faire ressentir quelque chose, mais de les pousser à ne plus ressentir pour mieux exister. Cette incorporation polymorphe, source recherchée de sensations, pourrait s'entendre comme un rempart efficace contre l'angoisse de morcellement, en **unifiant un instant** les sensations psychiques et corporelles chaotiques. Dans cette perspective, le **surinvestissement compulsif de la sphère corporelle**, quitte à justement malmener ce corps et aller jusqu'à ses limites physiologiques parfois, comme dans l'anorexie mentale, vient se substituer à la relation d'objet (91). Le risque de ce mouvement se profile vers une désorganisation par **comportementalisation où l'agir** se substitue à la représentation et au fantasme (85).

→ En conclusion

Chez ces sujets états-limite, la quête addictive naîtrait d'un aménagement défensif cicatriciel majeur reflétant un défaut d'introjection mêlé à un **besoin compulsif d'incorporation**. Cette régression à l'incorporation s'exprime par l'avidité, les auto-érotismes archaïques non fantasmés et non intégrés, la construction d'un Moi idéal grandiose d'auto-engendrement.

Le sujet dans l'impossibilité d'accéder à une relation d'objet libidinalisée doit se limiter à une relation pré-génitale sans espace transitionnel, très anaclitique. L'objet dès lors est perçu comme menaçant et induit des **défenses anti-objectales** qui conduisent aussi vers le recours à l'objet partiel décrit plus haut.

Dans ses confins les plus archaïques, ce mécanisme se traduit par des attaques du corps, telles que les automutilations à répétition, où l'agir incorporatif substitutif devient plus désorganisateur qu'identifiant.

Là aussi, il est question du recours à l'objet externe. Mais chez MCDUGALL, le dysfonctionnement n'est pas ciblé sur la fragilité interne directement, plutôt sur l'espace intermédiaire entre les deux. Sa théorie infère qu'à l'origine de l'économie psychique addictive, les défaillances des phénomènes transitionnels sont responsables d'un « choix » de l'objet d'addiction (92). Or, cet enjeu autour de la transitionnalité - c'est-à-dire de la fantasmatisation moi-non moi - conditionnée par des interactions précoces défectueuses, est bien au coeur de la problématique limite.

→ l'aliénation au transitoire

En raison de la défaillance de la phase transitionnelle de WINNICOTT, le recours aux objets externes dans le théâtre du réel vise à pallier le défaut d'objet symbolique interne. Cet objet permet la transition entre la mère réelle et sa représentation, c'est-à-dire l'objet maternel en voie d'introjection. Le corps s'impose donc comme espace intermédiaire entre sujet et mère primitive.

L'objet de l'addiction signe donc **un échec de l'introjection de la fonction maternelle**. En effet, cet objet ne représente que le début de l'introjection d'un environnement à fonction maternante, sans pouvoir en remplir la fonction. C'est pour cette raison que MCDUGALL a appelé ces substances « objets transitoires » plutôt que transitionnels. Les objets addictifs ne résolvent que **momentanément** la tension affective, car ce sont des solutions somatiques et non psychologiques, censées remplacer la fonction maternante primaire manquante.

L'autre, c'est-à-dire l'objet, est maîtrisé comme un substitut de la mère primitive mais ne peut pas être objet transitionnel, introjecté. Il devient donc transitoire car toujours condamné au réel et **toujours à recréer et à détruire**.

→ Une solution de reconstruction

Par la contribution de McDOUGALL, nous présentons donc le noyau addictif comme le fruit « d'une pathologie dans la maturation normale des phénomènes transitionnels, dans cette étape intermédiaire où le petit enfant crée un objet ou une activité dotés imaginativement des qualités, voire de la magie, de la présence maternelle. » Les comportements addictifs signent l'impossibilité de la voie d'introjection, puis d'identification, remplacés par un objet transitoire, toujours à recréer car toujours dehors. Le noyau addictif entretient ainsi une tentative de reconstruction de l'espace et de l'objet transitionnel manquant par le recours aux objets externes transitoires.

McDOUGALL met en lien fonctionnement psychique et théorie de l'addiction, dans une perspective plaçant les échecs d'introjection là encore au cœur de l'état limite. Elle met l'accent sur les **fonctions défensives de l'addiction**, sur les **échecs de l'introjection** par les phénomènes transitionnels ainsi que sur les relations étroites entre les passages à l'acte et les somatisations, que nous n'avons pas développées. La solution psychique apportée par les addictions est différente de la résolution névrotique des conflits et de la modification de la réalité dans les psychoses. En ce sens, son apport est tout à fait pertinent pour modéliser le noyau addictif dans les états limite.

III.D.2.d Les conduites ordaliques (modèle de CHARLES-NICOLAS et M. VALLEUR)

Cet aspect des conduites addictives est particulièrement récurrent dans les états limite : abus de substances, certaines tentatives de suicide, jeux pathologique et prises de risque. Les conduites ordaliques sont définies comme un comportement répété de mises à l'épreuve, de prises de risque visant **une régénération par la confrontation à la mort** qui possède un statut particulier (93).

Elles partagent comme point commun avec les addictions le critère de **répétition** de ces comportements à risque. Mais leur particularité réside dans la dérivation vers une quête de régénération au détriment d'une quête de plaisir, basculant vers un risque de mort. Dans notre expérience des sujets limite confrontés à un vide intérieur, cette quête concerne l'impéiosité de laisser dans la mémoire une expérience susceptible de combler le vide ou d'annuler le sentiment d'incomplétude habituellement ressenti. Face à ce vide existentiel, le sujet doit renouveler l'expérience en se confrontant encore à la mort, justifiant ainsi en quelque sorte sa vie, comme si il n'existait pas entre deux expériences.

Ces conduites concernent donc les sujets qui ont besoin de mettre leur corps en danger pour satisfaire le besoin d'éprouver la mort et donc de vivre. Le paradoxe réside dans cette opposition entre l'aspiration à la vie et le fil morbide tissé d'autodestructions réelles.

→ Acquiescement d'une dette

Tout d'abord, nous pouvons entendre le geste ordalique comme une procédure d'acquiescement d'une dette symbolique dans la réalité pour pallier l'absence symbolique du complexe oedipien. Dans la genèse des états limite, les conflits génitaux n'ont en effet pas été dépassés, ils sont envahis de conflictualité orale et anale. C'est en ce sens que PEDINIELLI entend le suicide comme « le don de son corps à l'autre pour honorer une dette impayée, comme un acte

ordalique» (83). Il fait référence au sens étymologique du terme, renvoyant à une épreuve insurmontable, un jugement divin, que doit traverser la personne dont on ne peut décider ni la culpabilité ni la peine. Si elle vainc, elle emporte avec elle le droit de vivre. Or, le résultat de l'épreuve n'est pas déterminé au hasard, mais est le symbole d'une décision surhumaine. Le sujet qui affronte la mort trouve dans cette épreuve une certaine justification à vivre, qui, à un niveau inconscient, permet d'éviter l'angoisse de castration, angoisse non surmontée chez ces patients.

→ pouvoir liant

De plus, en tant qu'évènement isolé, la conduite ordalique peut renvoyer à une ultime sollicitation du lien à l'autre. Un exemple puisé dans la mythologie grecque, déjà utilisé par MACQUERON, illustre ce pouvoir du lien : celui d'Ulysse dans l'Odyssée, dans sa confrontation aux sirènes (94). Par leurs chants mélodieux, les sirènes avaient le pouvoir maléfique d'attirer les marins s'échouaient ensuite sur l'île. Aucun marin n'avait survécu. Connaître les voix mélodieuses des sirènes était donc un moyen d'avoir une représentation de la mort. Pourtant Ulysse voulait relever le défi, accéder à la connaissance qu'aucun autre homme vivant n'avait. Si ce défi a des allures suicidaires de l'extérieur, il ne correspond pas un souhait d'Ulysse de mourir. C'est pourquoi il décida d'être accompagné par des marins auxquels il avait confié la mission de se boucher les oreilles et de l'attacher au mât. Il allait donc défier la mort, mais pas au prix de sa vie. « Si on avait voulu imaginer Ulysse dans une dimension suicidaire, avec un désir plus ou moins conscient de mourir, on l'aurait imaginé seul sur son navire sans possibilité d'échapper aux sirènes. » Il est donc question de l'existence de l'autre, de la conjuration d'une profonde solitude, d'un dépassement vers le lien à l'autre.

→ Du choix de la mort vers la mort du choix

Ces conduites sont traversées par un **fantasme d'autoengendrement**, de satisfaction d'avoir surmonté la mort. Chez ces sujets soumis à des tempêtes pulsionnelles, la conduite ordalique amène une **échappatoire aux pulsions destructrices et à la dépressivité**, permettant une lutte contre l'appel de la mort. N'importe qui peut avoir ce type de conduite, sans pour autant la reproduire.

Mais c'est **la répétition** d'un tel comportement qui permettra de repérer que le sujet va construire quelque chose autour de cette conduite qui prendra un sens particulier. Et dans cette perspective, ce n'est pas la prise de risque qui est pathologique, mais **le vécu personnel** qui y est corrélé et remis en scène à répétition.

Ainsi, la différence entre la conduite ordalique et la conduite suicidaire réside dans le sens que le sujet veut y donner : soit vivre cette sensation vertigineuse ou le temps s'arrête, soit inscrire un acte irréversible dans son histoire. C'est là qu'il faut distinguer l'urgence suicidaire de la menace suicidaire, entendue comme un besoin. Lorsque le sujet souffre de n'avoir aucun pouvoir sur sa vie, il lui reste au moins celui sur le choix de sa mort (95).

→ Pour certains patients, le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet ainsi de continuer à vivre.

Le mécanisme devient addictif quand cette recherche d'autoengendrement ou cette confrontation à l'objet ne sont **plus seulement une expérience**, mais qu'elle prennent valeur de substitut à l'incorporation imaginaire. La conduite ordalique devient répétition par sa **fonction identitaire** et la **jouissance mégalomaniaque** impliquée dans ce fantasme d'omnipotence.

Chez ces fonctionnements où l'identité est mise en péril, l'ordalie basculerait alors progressivement vers **une rupture de l'addiction** et un moyen plus radical d'assurer l'identité. En raison de leur sentiment d'impuissance face à la vie de dépendance, les sujets ayant recours aux conduites ordaliques vont chercher à colmater une blessure narcissique à travers des actes singuliers marquant leur différence et leur conférant le sentiment d'exister. Donc ces cas là sont moins tournés vers la recherche et la jouissance du risque que vers la défense contre la destructivité, avec en arrière-plan le risque de la mort du sujet pour préserver le Moi. Le fonctionnement en jeu n'est plus du côté de la jouissance mégalomane mais bascule vers **un échec de la fonction identifiante** de la conduite, et vers la compulsion de répétition inhérente à la déliaison. C'est dans ce contexte que s'installe la répétition chez les patients gravement addicts, répétition qui creuse et épaissit le jeu de limite avec la mort. Une limite structurée comme une zone de transition, un lieu de passage, à laquelle seule cette répétition donnera relief et épaisseur.

→ Conclusion

Le prisme de l'ordalie colore l'ensemble de ces conduites à l'œuvre dans l'état limite d'une mise en danger à la fois physique et psychique, sous-tendue par des mécanismes impliquant tout autant l'affrontement à la castration dans le réel (acquittement de la dette), la question à la figure que représente le destin (lutte contre l'appel de la mort), l'auto-engendrement (idéal du Moi) et la répétition.

III.D.3 Bilan du noyau addictif

Nous avons repris le concept de « personnalité limite addictive » défendu par SZTULMAN, en «noyau addictif-limite » pour rendre compte de plusieurs enjeux:

- l'issue de la rencontre entre personnalité (et donc fonctionnement) et conduite (et donc comportement)
- cerner les différentes fonctions des aménagements de la dépendance.
- conserver une approche holistique et ne pas négliger les autres noyaux.

L'intérêt porté au noyau addictif-limite est porté d'abord à son effet. Les conduites addictives persistent, comme si tout le reste ne leur faisait « ni chaud, ni froid ». Face à leur histoire personnelle blessante et éprouvante, le lien à l'objet d'addiction se présente comme un **système de sécurité**, ayant sa propre loi, celle des « chocs » qui ponctuent la vie, qui sont codés et vécus sur le plan somatique, domaine autrement plus maîtrisable que le climat de détresse sans recours que FREUD nomme *Hilflosigkeit* (96).

Ensuite, l'approche par ce noyau nous permet de comprendre comment chez le sujet limite des comportements en apparence opposés peuvent dépendre d'une même problématique de dépendance de fond. Ainsi, selon la façon dont le sujet l'accepte, une même dépendance non résolue peut se traduire par un comportement d'attachement exacerbé et d'agrippement aux objets d'attachement, par des somatisations, une autoagressivité ou par une attitude d'évitement. Nous avons nommé ces tentatives de réparation de combler cette porosité moïque les **aménagements de la dépendance** (85): contre-investissement externe, sauvegarde identitaire, lutte contre le morcellement, déni de la castration....

Cette série d'aménagements, visibles dans l'évolution des symptômes, a pour but de favoriser une stabilité identitaire mais qui demeure toujours transitoire. L'aménagement psychique de ces failles d'intériorisation et du narcissisme se fait par des modes plus ou moins

économiques, mais avec un mouvement commun de répétition vers la gestion d'une appétence objectale et d'une restauration identitaire.

Enfin, toutes les conduites de ce noyau ont en commun de constituer un acte **d'autodestruction du corps, des liens** et de **la capacité de penser du sujet** dans un contre-investissement de la réalité psychique.

La question du **corps à l'intersection des noyaux** de l'agir (question de la douleur et de la blessure), addictif (question du perceptivo-moteur) et dépressif (somatisations) est donc centrale.

III.D.3.a Le corps : un pont entre noyaux

Ce constat nous incite à penser que lorsque pour de multiples raisons, le sujet ne parvient pas à intérioriser une expérience harmonieuse garantissant un sentiment de continuité. Faute de liaison pulsionnelle assurée, ce sera contre l'objet que le lien se constituera. Qui plus est, au regard de notre clinique, il se constituera contre le corps traité comme un objet, pour de multiples raisons :

- **insuffisance d'organisation de l'expérience sensorielle**, obligeant le sujet à vivre alors son corps de manière étrange voire inquiétante, ce que l'on retrouve dans le besoin de «jouer » avec l'excitation dans l'ordalie.
- nécessité de dégager le sujet de toute relation à un autre objet pensé comme défaillant pour le **gratifier narcissiquement par le corps**.

Plus qu'un produit de consolation, l'objet d'addiction devient une substance appartenant en propre au sujet, le corps étant utilisé comme un lieu d'expérimentation de sensations qui

restent sous le contrôle direct du sujet. La notion d'addiction semble à cet égard bien apte à rendre compte de la manière dont le corps est saisi par des agirs de façon excessivement contraignante. Le terme latin *addictus* qualifie d'ailleurs en droit romain la contrainte par corps, l'esclavage, auquel le sujet doit se soumettre pour s'acquitter de ses dettes.

Dans ces cas, la clinique de la dépendance que déploie le trouble borderline peut être qualifiée **d'extrême** dans la mesure où la force et la gravité des passages à l'acte auto- et hétéro-destructeurs amplifient, grossissent, la spécificité de la problématique de dépendance.

III.D.3.b Conséquences de la répétition: l'agir en retour

Mais sur le long terme, ce type de personnalité centrée sur la sphère addictive aggrave les perspectives de maturation du sujet et fragilise encore plus le Moi en bloquant les possibilités d'échanges et d'intériorisation. De plus, la dépendance constitue une menace sur l'autonomie et la pensée du sujet, qui attaque son intégrité narcissique et génère en retour une violence défensive que traduit la réponse par l'agir comportemental. Celui-ci tente de restaurer des limites et une identité menacée par la négation des désirs et des liens objectaux internes et par l'emprise sur les objets externes.

III.D.3.c Compulsion de répétition

La compulsion de répétition de ces comportements traduit l'expression d'une pulsion de mort de plus en plus déliée. Cette tendance irrésistible à la répétition est une tendance élémentaire, impulsive qui s'affirme en dehors, voire aux dépens du principe de plaisir. Le prix à acquitter sera alors celui de la répétition. Il s'agit du second versant de l'aphorisme de B. GOLSE (97) : « Dès qu'il y a pulsion de vie, l'existence insiste, et dès qu'il y a pulsion de mort, l'insistance

existe ». La répétition devient pathogène lorsqu'elle fixe et cristallise la personne dans des problématiques qui s'installent durablement. Elle est alors conséquence d'une nécessité économique qui dure et ne sera mise qu'au service de l'échec de la vaine tentative de mettre fin à la dissociation, de reconstituer la cohésion et la stabilité du Moi.

III.D.3.d Liens avec noyau dépressif

Le noyau addictif-limite fait interagir les spécificités du trouble limite et les aménagements de la dépendance de façon croisée, pour aboutir à un tableau clinique terminal complexe dans lequel il faut distinguer :

- si la conduite addictive résulte du dysfonctionnement psychique préexistant (aménagements de la dépendance)
- ou si la personnalité de base s'est vue désagrégée par le cumul pathogène d'expériences addictives désorganisatrices. Dans ce cas, le noyau défensif mobilisé par l'addiction ne soulage plus mais aggrave, et laisse émerger le noyau dépressif. En effet, l'autorenforcement de la conduite et ses conséquences narcissiques, auxquelles s'ajoute la chronicisation en **elle-même facteur dépressogène**, peuvent aggraver le fonctionnement limite en général, et l'orienter vers **le noyau dépressif-limite**, parfois vers des **évolutions psychotiques** essentiellement déficitaires, ou vers des **désorganisations psychosomatiques**.

Selon Bergeret, l'évolution d'une conduite addictive vers une pathologie psychosomatique se ferait après un quasi-épuisement du fonctionnement psychologique (du fait de l'absence de solution délirante ou de potentialités perverses) vers un effondrement de la libido tant narcissique qu'objectale (dépression essentielle) sans possibilité de compensation économique autre qu'un morcellement fonctionnel (passage du corps imaginaire au corps réel) (8).

Par conséquent, le noyau addictif se présente comme un dispositif d'urgence, essentiellement économique, sans cesse réactivé dans une circularité. Il s'agit donc de la mise en place d'un système « limite » (dans le sens économique et topique) pour suppléer au fonctionnement interne quand il n'y a pas d'autre choix possible. Le paradoxe ainsi créé est susceptible de susciter une violence indépendamment de tout facteur pulsionnel quantitatif, du seul fait de ses effets d'annihilation des processus de représentation au profit d'affects de plus en plus **indifférenciés** et de la **destruction fantasmatique des limites** et des différences, gardiennes de l'identité.

Toute remise en cause des différences acquises semble représenter une potentialité traumatique pour le Moi et l'exposer au plus près de la dépression essentielle, rappelant que la frontière avec le noyau dépressif est étroite.

III.E MME L., 32 ANS

III.E.1 Contexte clinique

Je rencontre Mme L. lors d'une hospitalisation programmée avant le départ du service de son ancien psychiatre référent.

C'est une patiente connue du secteur, suivie depuis trois ans pour un trouble de personnalité borderline. Elle se présente en consultation de préhospitalisation avec une plainte portant essentiellement sur un effondrement thymique, manifestant une aboulie majeure, et une incapacité à s'occuper de son foyer. Elle vit avec son mari et ses trois enfants, trois garçons âgés de 10, 7 et 5 ans. Elle insiste sur le terme de « *dépression* », en s'interrogeant sur cet état où tout lui semble morne et dévitalisé. Sa présentation est affaiblie, triste, et le discours est

circulaire, envahi par un sentiment d'échec et d'incapacité à supporter les engagements de la vie familiale.

Cette rencontre « en cours de route » m'impose de me représenter non seulement son parcours thérapeutique dans l'institution jusqu'à ce jour, mais aussi de me dégager de la dynamique transférentielle à l'œuvre avec les premiers intervenants. Autrement dit, il s'agit de prendre en compte le travail déjà réalisé ainsi que la place d'un énième clinicien succédant aux précédents, à ce moment de son histoire. Ce moment est délicat, car il impose de maintenir l'alliance thérapeutique nécessaire pour la bonne poursuite des soins.

III.E.2 Anamnèse

** période de l'enfance :*

Son histoire infantile est morcelée et complexe.

Après le décès de son père alors qu'elle avait un an, sa mère, avec laquelle Mme L. décrivait un lien « fusionnel », se remarie quelques années après avec un homme. Elle le qualifie de "violent et alcoolique" ; ses excès l'auraient par ailleurs conduit à abuser d'elle. Sa mère et son beau-père partent alors vivre dans une secte et confient Mme L., âgée alors de 6 ans, à sa grand-mère maternelle. Au retour de sa mère deux ans après suite à une séparation d'avec son beau-père, la cohabitation entre les trois générations dure peu de temps, et elle repart avec sa mère, à la faveur d'un nouveau déménagement l'arrachant à sa grand-mère. Sa mère renoue peu après avec son beau-père. Les relations du couple sont alors très conflictuelles. Le **modèle de relation conjuguale** qui s'en dégage s'articule autour de la violence et de la nécessaire réconciliation par le corps « sur l'oreiller », dont elle était témoin dès le plus jeune âge.

Les deux figures d'attachement sont donc la mère et la grand-mère, mais soumises à des aléas d'instabilité récurrents. Du côté des figures paternelles, elles sont soit absentes, soit violentes et incestuelles.

On remarque que **toute communication affective a été coupée de l'extérieur par une réalité dont elle dépendait passivement**. Dès qu'elle se trouvait fixée quelque part, c'est à dire dès qu'elle avait pu établir quelques liens affectifs, un événement extérieur survenait pour **rompre les possibilités identificatoires**. Les raisons apparentes lui laissaient chaque fois supposer qu'elle **était de trop** (mère et amant, mère et grand-mère).

Néanmoins, il semble que sa grand-mère ait pu représenter une base affective assez constante. Son caractère rassurant et non toxique lui a sûrement évité les risques d'une psychotisation précoce. Mais sa permanence s'est trouvée interrompue et la multiplicité des antagonismes narcissiques et agressifs n'ont pas permis à Mme L. d'aborder l'adolescence dans des conditions propices à des identifications oedipiennes suffisantes pour organiser le fonctionnement psychique sous le primat du génital. Son Moi ne semble pas morcelé, mais narcissiquement lacunaire. Les frustrations de l'enfance ont semble-t-il imprimé en elle les fondations d'une carence narcissique majeure.

** période de l'adolescence :*

- Scolarité :

L'adolescence est marquée par une instabilité et des relations conflictuelles avec sa mère nécessitant des interventions socio-judiciaires. Elle consomme de l'alcool dès l'âge de 12 ans, fréquente les boîtes de nuit et stoppe sa scolarité vers 16 ans, en première.

Elle vit alors quelques mois d'emplois précaires, puis décide de reprendre un cursus scolaire. En terminale, elle demande un placement en foyer devant le climat de violence régnant au foyer maternel. Mais, à 18 ans, suite au décès de sa grand-mère, les troubles du comportement s'aggravent de conduites automutilatrices et suicidaires, engageant l'exclusion du foyer.

- Initiation du soin :

Le premier suivi est amorcé vers 16 ans en institut médico-pédagogique. Cette période est celle des « crises », des conduites à risque, des scarifications, des abus de toxiques.

Puis débute une série d'hospitalisations en secteur psychiatrique à 20 ans, suite à des troubles du comportement avec série de tentatives de suicide par ingestions médicamenteuses, alors même qu'elle devait emménager avec son compagnon de l'époque, qui deviendra quelques mois après son mari.

** trajectoire de soins à l'âge adulte :*

- Reprise du suivi :

Ce n'est qu'en 2007 qu'elle reprend contact avec le soin, via le médecin traitant.

La patiente est orientée vers le CMP de son secteur, et déclare dès le premier entretien : « *Je suis bipolaire, et actuellement en dépression* ». Un traitement thymorégulateur (divalproate de sodium) avait alors été initié par le médecin traitant, mais que la patiente n'a jamais pris, arguant l'incompatibilité avec l'allaitement de son fils. Elle a également refusé le suivi proposé par le pédopsychiatre : "*Le problème c'est pas mon bébé, c'est moi*", suite à une

consultation vécue comme très disqualifiante. Elle a consécutivement déployé elle-même un réseau de consultations avec un sophrologue et un hypno-thérapeute.

La première étape de la prise en charge consistait alors à établir une alliance suffisante pour que la patiente accepte de ne pas diriger totalement le soin. Cette étape rendait compte des enjeux de maîtrise rendant difficile l'ajustement d'une relation thérapeutique.

Ainsi, durant plusieurs mois, Mme L. se présente en consultation, mettant régulièrement toutes les pistes proposées en échec. Puis s'ensuit une période de relative stabilité de quelques mois, où un compromis est trouvé entre le suivi au CMP, une prescription médicamenteuse de fond et la conservation du suivi par le sophrologue. Petit à petit, la patiente accepte la mise en place de rencontres avec le psychologue. Quelques moments sont difficiles, où l'hospitalisation est proposée, mais qu'elle refuse systématiquement.

- Changement de psychiatre :

La deuxième étape du soin est scandée par les changements de psychiatre référent, ce qui mobilisera une aggravation brutale du côté d'une explosion des symptômes addictifs. Trois psychiatres femmes se sont succédées au même CMP, et à chaque changement de thérapeute, nous pouvons repérer une répétition de crises sous forme de plaintes dépressives et de conduites à risque polymorphes, nourries d'ivresses aigües, de surconsommation de benzodiazépines et de cocaïne.

➔ Cette discontinuité dans les thérapeutes en quatre ans a rendu frêle le fil de l'histoire répétée transférentiellement. La pathologie limite la mobilise autour d'un présent immédiat, bloque l'élaboration et fragilise les possibilités identificatoires et narcissiques. Nous insistons

sur la prévalence de ses conduites addictives, car l'observation d'une recrudescence de ces conduites aux moments des ruptures relationnelles traduit une **forme spécifique d'attaque des liens que l'économie addictive semble rejouer et soulager**.

Pour cette patiente, les caractéristiques psychodynamiques liées à son fonctionnement limite prennent la forme d'un aménagement de la dépendance, et s'actualisent dans un parcours de vie en s'exprimant à travers des comportements addictifs.

Il s'agit dans ce cas clinique non pas d'envisager ce qui sera mis en acte par la patiente à son insu dans sa conduite (ce qui pourrait être une définition de l'addiction comme symptôme), mais de revenir à ce dont elle souffre au delà de ses « formations addictives » : « Les formations addictives nous mettent à l'écoute de la créativité de l'étrange à travers les métamorphoses du corps et les transmutations identificatoires » (98).

III.E.3 Ma rencontre avec elle

Sa dernière hospitalisation remontait à l'année précédente, et l'accompagnement psychothérapique s'était stabilisé sous forme d'entretiens réguliers avec le psychologue et la psychiatre.

- *Confirmation diagnostique :*

Il s'agit d'abord de me frayer une certitude sur le plan diagnostique. Un doute avec un trouble bipolaire peut être émis, mais d'une part les moments hyperthymiques relèvent en réalité systématiquement d'une désinhibition sous l'effet des toxiques, et d'autre part l'exhaustivité

des critères diagnostiques du DSM-IV confirme largement le trouble de personnalité borderline.

-critère n° 4 : impulsivité dans plusieurs domaines

« J'ai besoin de me tuer la tête. L'alcool, je m'en suis servie comme un anxiolytique, pour me déconnecter de la réalité... Quand les enfants s'en vont ou dorment, je ferme la porte, je me rue dans la cuisine, je mange et je bois trois, quatre verres de vodka pour m'assommer. »

« Mais il ne faut pas que je m'arrête, alors je m'habille en tenue légère, et je sors rejoindre des hommes pour continuer de consommer. Je me laisse aller, et j'oublie tout ».

-critère n°5 : Tentatives de suicide et automutilations à répétition : ils sont essentiellement circonscrits à la période adolescente, mais avec des facteurs de risque encore très actuels.

-critère n° 7: sentiment chronique de vide : *« J'ai besoin de désordre et de bouger... Quand ça bouge, je ne vois pas s'il y a des espaces vides. Je remplis mon emploi du temps. »*. Ce critère est, rappelons-le, cliniquement évocateur de la distinction des troubles de l'humeur selon GUNDERSON.

-critère n°6 : la dysrégulation affective constitue le symptôme rapporté en premier lieu par la patiente (*« je suis dépressive »*)

-critère n° 2 et 3: Les relations interpersonnelles sont instables et intenses. Elle évoque aussi un sentiment de dilution de l'identité, un flou à la fois dans la temporalité (jour et nuit) mais aussi dans les statuts (mère, femme, maîtresse).

-critère n° 1: lutte effrénée contre le sentiment d'abandon : *« L'abandon, je l'ai vécu avec le départ de ma mère, la mort de ma grand-mère et maintenant les menaces de divorce de mon mari. Je ressens une grande tristesse que ma famille soit cassée... »*. Elle fait d'ailleurs allusion à la recrudescence de ce vécu d'abandon lorsque sa mère s'était remise à travailler, justifiant ainsi sa propre incapacité à s'engager dans un emploi, vis à vis de ses enfants. De

plus, elle justifie son mal-être par une intolérance à la solitude. Or cet isolement social semble être d'autant plus pesant qu'il est **paradoxalement recherché**, témoignant d'une intolérance flagrante à la relation objectale.

- *Clinique des conduites addictives*

Elle associe la recrudescence des conduites addictives à ce désinvestissement auprès de sa famille. Elle fait part de ses frustrations face au devoir et à la contrainte liées à son statut de « mère au foyer », qu'elle oppose à la liberté du plaisir et du désir, par ses ambivalences vis-à-vis de la place de l'alcool dans son quotidien. Elle critique le recours à l'objet providentiel dans ces moments où les contingences et l'enfermement lui paraissent insupportables. Le produit et les comportements qui s'ensuivent incarnent temporairement et illusoirement un plaisir, et autorisent une fonction d'*escapisme*.

A l'âge adulte, elle se retrouve aux prises avec une place qu'elle s'est paradoxalement appropriée mais dont elle dénie l'attribution, celle de mère de famille. Cette lutte incessante contre ce statut, l'obligeant à incarner une fonction étayante et régulatrice alors qu'elle même en a été privée, la contraint à un désinvestissement et une désexualisation des relations vécues comme menaçantes et angoissantes.

Les conduites à risque se sont amplifiées, teintées d'une valence autoagressive profonde. Le rythme nyctéméral est inversé : elle dort toute la journée, ne mange pas et se lève vers 16h pour une prise alimentaire et aller chercher les enfants à l'école. Puis elle laisse son mari s'en occuper le soir, et dès lors, amorce le processus ritualisé du coucher : prise d'alcool et de cocaïne et départ de la maison pour déambulations nocturnes.

Ce rythme lui impose un vacillement entre deux polarités opposées: inhibition et apragmatisme massif la journée, alternant avec désinhibition et sentiment d'exister par conduites à risques le soir ("*Je ne suis plus la même*")

Par conséquent, le repérage clinique essentiel semble être celui des produits et comportements marqués du sceau de la répétition, à la fois dans son histoire ancienne, mais aussi dans leur réactualisation récente.

Les éléments relevés donnent les indices d'un débordement des capacités de l'appareil psychique face aux conflits, se traduisant par des angoisses massives, associées à des sentiments de solitude et d'abandon, des symptômes dépressifs et un processus réactivant la mise en route de conduites addictives polymorphes.

III.E.4 Aspects dynamiques

Les deux axes de coupure et puissance sont actualisés à travers des aménagements défensifs massifs.

- Le déni par exemple porte sur les émotions en jeu dans son couple, instance à la fois menaçante et fragile. Mme L. semble tout à fait consciente de la paradoxalité et de l'incohérence de ses émotions, sans que cette perception ne change son attitude et l'empêche de mettre en péril son couple. Sa lucidité ne constitue en rien une victoire sur le déni. En effet, la conscience de ses sentiments archaïques ne lui apporte rien d'essentiel car elle est clivée du reste de sa vie psychique.

- La mise en actes répétée traduit un surinvestissement de la réalité externe, relayé par des

défenses rigides et labiles. Elle ne peut visiblement pas lier son angoisse à des processus psychiques structurants, et ne peut que l'agir : « *Je ne pense plus à rien, c'est automatique* ». Son intériorité n'est pas reconnue : elle est même gommée et déniée au profit de sa fonctionnalité, et le processus s'auto-renforce par le mode défensif qu'adopte Mme L. Elle agit pour ne pas se confronter à une position passive, position où toutes ses demandes affectives ressurgiraient et l'envahiraient peut-être. Ainsi, elle a opéré un blindage par la suractivité, perte et manque étant déniés. Ce fonctionnement a perduré jusqu'à la crise actuelle.

Lors de la plainte dépressive qui a motivé la réhospitalisation, il y a eu un **renversement de la position active en position passive**. Mme L. a adopté alors une attitude revendicative latente, où les besoins infantiles ont ressurgi sous la forme d'une demande de prise en charge massive, puisqu'elle était incapable d'effectuer les tâches de la vie quotidienne sans l'aide de ses proches.

- La relation d'objet découle d'un anaclitisme aux fondements précoces, quand les défaillances parentales rendaient l'absence douloureusement irréprésentable.

Son monde interne d'adulte est vide, **peu subjectivé dans la pensée et le langage, ce que l'on ressent à travers son errance fantômatique en entretien** et dans l'unité. Les manifestations corporelles de ses troubles se substituent à la recherche de liens.

Elle est dans l'illusion d'un produit tout puissant qu'il suffirait de tenir à distance pour que tout soit résolu, que son équilibre de couple illusoire soit figé dans l'espace externe qu'elle contrôle. Ce tableau indique une problématique de la distance relationnelle, en rapport étroit avec des angoisses d'intrusion ou d'abandon non aménageables par le psychisme. Donc c'est l'acte qui régularise cette impossibilité, par la rupture perceptive et le contrôle de l'espace, acte

auquel nous pourrions peut être donner un sens dans une reconstitution psychique, dans l'après-coup.

III.E.5 Le noyau addictif

Dans ce contexte de défaillance d'un environnement affectif suffisamment efficace dans son rôle de régulateur et réparateur, la patiente n'est pas en capacité de se prémunir des attaques externes (sollicitations de la famille) et internes (retour de la honte). Cette tentative permanente d'évitement la conduit à l'enkystement d'un aménagement psychique de la dépendance.

Elle devient dépendante d'un système mis en place très tôt, dès l'adolescence, en miroir des moyens psychiques dont elle dispose. Le mode défensif prédominant renvoie à un aménagement de la dépendance par le comportement, favorisant l'agir au profit de l'élaboration psychique. Ceci lui permet de maintenir une certaine homéostasie psychique pendant l'adolescence. Mais, en voulant échapper à une dépendance (à l'imgo maternelle), **elle en a créé une autre plus insidieuse**, qu'elle pensait contrôler, à travers les produits et conduites. Ce sentiment de maîtrise est source de **réapprovisionnement narcissique**, en ce sens où, dans le désir d'opposition ou de libération de l'environnement, la consommation de drogue ou d'alcool signifie une différence et une autonomie et instaurent une dépendance illusoire.

Puis, l'aménagement de la dépendance est devenu prévalent et s'est imposé comme fonctionnement psychique **exclusif**, privilégiant comme mode d'expression l'agir addictif, agressif et transgressif, s'étendant jusque dans les murs de l'unité.

- *Aménagements de la dépendance :*

* Sur le plan narcissico-objectal, nous avons repéré des failles narcissiques anciennes et majeures. Dans son anamnèse, il est question d'une enfance cahotique, de déménagements et du décès douloureux de la grand-mère maternelle. Mme L. garde un sentiment d'avoir été « *élevée sur le tas* », dans un milieu hostile et dépersonnalisé, où son arrivée comme enfant a été plus subie que désirée. La question du traumatisme précoce dans la carence de soin est donc évidente, et entraîne avec elle **l'échec de possibilités identificatoires objectales** harmonieuses, entravées tout au long de son existence. Or, elle décrit la circularité insidieuse qui a infiltré son quotidien par ces mots: « *Lorsque je commence à boire, il m'en faut toujours plus. Plus que la désinhibition, c'est la recherche d'une autre bouteille qui me pousse dehors, il ne faut surtout pas que je m'arrête !* ».

➔ Elle doit donc rediriger ses appétences objectales en permanence, mais sans jamais de possibilité de réintrojection de l'objet, la renvoyant ainsi à l'infaillible répétition, à la condamnation au transitoire.

* Les conduites à risque lui permettent de moduler ses états affectifs aversifs en produisant notamment une échappatoire. Elle est en effet dissociée pendant ces moments (dissociation entre affects et représentation), et c'est cet état de dissociation qu'elle vient chercher en sortant. Ce à quoi cette dissociation fait écho s'ancre probablement dans les méandres du trauma infantile.

Ce comportement lui permet de rester dans un état second, un état en dehors de la réalité où elle perd la notion du temps et de l'espace. « *Je pars ailleurs dans ma tête, je me fous de tout, même de mes enfants* ». Il a une fonction d'automédication. Il lui permet de ne pas penser, de déconnecter représentations et affects.

→ Il s'apparente à une conduite antipensée, antireprésentationnelle faisant **une véritable économie de l'affect et de sa représentativité**.

* La **dimension existentielle** recherchée à travers l'incorporation est frappante : l'enjeu n'est pas de ressentir la sensorialité, mais de ne pas ressentir pour mieux exister. Les comportements addictifs promulguent une dimension identificatoire, par la « carapace » qu'elle endosse à la nuit tombée, jusqu'à établir une réelle réorganisation économique, effaçant l'identité du « jour » au profit de celle de « nuit ».

→ Cette quête devient celle de **l'autoengendrement**, qui la mène petit à petit vers une lutte au corps à corps avec elle-même.

En résumé, le fonctionnement psychique opposant la recherche d'un réapprovisionnement narcissique à travers des relations étayantes et la lutte contre l'emprise des liens familiaux induit un débordement du Moi se traduisant par le recours à des conduites d'incorporation et d'autoengendrement répétées.

- *Le noyau addictif a donc mis en jeu :*

* une plainte dépressive : les affects dépressifs verbalisés ont constitué en fait les symptômes émergents du noyau addictif-limite, utilisés comme appel à l'aide, signant l'épuisement de l'aménagement de la dépendance.

* des réponses comportementales, où l'agir intervient comme moyen de décharge à la place du travail psychique

* l'évitement de l'élaboration psychique, la phobie du penser (99).

L'appareil psychique est désadapté, et l'agir est le moyen de décharger les tensions internes. Mais dans cette lutte contre le débordement du Moi, l'acte de consommation est **moins coûteux** que l'élaboration dépressive, et **plus tolérable** que l'agir pur. Le choix addictif prend une place stratégique dans l'aménagement par le comportement. Il est intégré dans une logique visant **la maîtrise des objets externes**, plus faciles à gérer que les objets internes évités. Il répond au désir d'emprise et peut être utilisé à la guise. Il ne s'oppose pas à ses envies et ne la déçoit pas, il est présent dès que le besoin est ressenti et donne l'illusion d'être contrôlé.

Voilà comment, depuis six ans, le noyau addictif s'est lentement et insidieusement enkysté dans le quotidien de Mme L. Cependant, l'agir addictif comme moyen de décharge psychique et de maintien à distance des objets externes menaçants a échoué devant les fragilisations de la réorganisation économique induite, et a conduit Mme L. vers une fuite en avant caractérisée par des comportements de plus en plus mortifères, à l'origine de la réhospitalisation.

III.E.6 Prise en charge

En établissant une réflexion sur la problématique de cette patiente limite selon l'angle de la dépendance, nous avons pu relever la fonction psychique qu'occupent ses comportements ainsi que les mécanismes d'entretien du noyau addictif. La jonction avec les autres noyaux peut être bien sûr évoquée : avec l'agir du côté de la recherche de **pare-excitation**, et avec la dépression devant la **sidération par l'angoisse** et par la passivité du tableau d'entrée. Mais le critère de répétition, les aménagements de la dépendance, le caractère d'autoengendrement des conduites nocturnes, la quête active d'étayage externe ainsi que, sur le plan clinique, la présence de plus de cinq des neuf critères de Goodman justifient la **priorité donnée au noyau addictif** (83).

Cette démarche s'avère essentielle pour adapter la prise en charge au plus juste, mieux situer les points de résistance et s'appuyer sur ce qui est mobilisable chez elle.

- *Un travail pluriel :*

Tout d'abord, la multiplicité des facteurs à prendre en compte implique l'intervention de plusieurs acteurs du soin. Ces acteurs sont déjà engagés pour certains (psychiatre, psychologue), ou vont l'être pour d'autres (addictologue, psychomotricienne). Ce cas clinique nous montre également l'importance de prendre en compte le rôle des acteurs familiaux dans la scène de la dépendance (mari). Cette sollicitation large est nécessaire pour constituer une alliance narcissique permettant de pallier ses défaillances, mais aussi celles de l'environnement. Cette chaîne thérapeutique sert à maintenir les liens objectaux, permettant à la patiente de se dégager du produit ou de la conduite pour se rouvrir à d'autres investissements.

Il s'agit avant tout d'un travail de **réorientation des investissements**, sur des objets pouvant constituer un support, un étayage. Le travail thérapeutique doit se centrer sur la constitution d'objets internes suffisamment solides pour répondre aux attaques externes et internes subies par Mme L.

- *Alliance narcissique de base :*

Mme L. n'est pas à sa première demande d'aide. Mais elle est amenée à composer avec un nouvel interlocuteur médical, dans des conditions de sécurité relationnelle déjà précaires.

Nous avons vu que cette prise en charge dépend en grande partie de la constitution d'une alliance narcissique de base (63), c'est-à-dire selon JEAMMET d'un ensemble minimal

d'intérêts et de convictions partagés, explicites ou implicites, pour lesquels **la question de la différence et de la séparation entre soi et l'autre ne se pose pas**. Cette alliance narcissique de base rend possible une relation thérapeutique tout en limitant l'émergence des conduites autodestructrices comme moyen de se différencier et de tenir l'objet à distance. Elle oblige à trouver la juste distance, adaptée à la compréhension de l'expérience de l'autre. Trop de distance accentue la problématique relationnelle, complique la parole sur l'expérience addictive et favorise l'émergence de l'angoisse d'abandon. Trop de proximité crée une illusion fusionnelle qui soulage dans un premier temps mais reproduit l'échec de la différenciation.

- Abord de l'hospitalisation :

Un élément particulier que nous avons en tête concerne les antécédents lors de la dernière hospitalisation. Mme L. était en effet rentrée prématurément de permission suite à une absorption d'anxiolytiques, dans un contexte de vécu abandonnique par son mari et sa mère. Elle avait ensuite transgressé les règles du service en ayant eu des relations sexuelles avec un autre patient dans l'unité.

Ces aspects signent un élément de sa problématique, du côté de la **confusion entre amour et haine**. Comme le souligne DIATKINE, l'enfant battu est placé en situation d'identification à l'agresseur, et la mise en jeu de ce mécanisme peut expliquer l'alternance de soumission-agression retrouvée chez l'adulte qui entretient avec les autres des rapports sado-masochistes (100). Ces provocations répétitives dans le cadre institutionnel et les mises en échec quand la situation évolue favorablement signent cette dynamique.

L'action destructive a une fonction de réappropriation au niveau d'un Moi idéal aussi grandiose qu'archaïque, pour éviter la soumission, l'aliénation à une compulsion de répétition inscrite dans l'histoire familiale.

Elle a fait preuve dans le souvenir des soignants lors de la dernière hospitalisation d'une **indifférence massive** à l'égard des règles, et plus globalement à l'égard de l'objet choisi. Cette inaptitude à l'empathie, retrouvée dans l'hospitalisation présente, serait due au ressort de la carence même du fonctionnement mental. Au delà de cette carence, il pourrait s'agir d'un aménagement économique, consistant à utiliser l'autre, en lui **déniant une existence propre**. Elle organise ses relations de sorte que chacun de ceux qu'elle a choisi soit réduit à l'état minéral. Au delà de l'inaptitude relationnelle, il s'agit de la résultante d'un besoin d'emprise et de la composante alexithymique de fond du noyau addictif. Elle vient **vérifier précisément qu'elle peut tenir un autre dans l'inexistence psychique**. Elle cherche en quelque sorte à pétrifier l'autre. Elle le neutralise pour sauver son clivage.

Malgré tout, Mme L. aborde cette hospitalisation comme une recherche de repères, et c'est cette fonction même, **à la fois étayante et pare-excitante** du cadre, que nous devons garantir afin de limiter l'expression symptomatique, les attaques itératives et l'emprise compulsive.

- Dépasser l'ambivalence :

Un élément nouveau lors de cette hospitalisation prend forme dans l'enjeu du sevrage. Nous avons pu en effet introduire un travail sur la reconnaissance des conduites, via l'outil motivationnel.

Lors des hospitalisations préalables, Mme L. rationalisait et minimisait ses conduites. Elle repérait les conséquences péjoratives de ses comportements (financières, affectives), mais elle exprimait également un désir obsédant de s'adonner à ses rituels nocturnes, une incapacité à résister à l'appel du dehors lorsque les enfants étaient couchés. Bien que régulières et inhérentes au fonctionnement global, les conduites addictives n'étaient pas présentées par la

patiente comme invalidantes, et leur maintien était même trop précieux pour qu'elle songe à y renoncer! Crainte de l'ennui, à entendre au sens de **vide**, perte de la béquille externe, Mme L. restait très préoccupée par les effets négatifs que pouvait générer la diminution de ses conduites. A l'orée de cette hospitalisation, sa demande était ainsi fortement chargée d'ambivalence.

Mais elle parvient petit à petit à exprimer l'inefficacité de son système défensif, et dépasser l'ambivalence pour formuler un désir de changement, point de départ du relais addictologique.

- *Travailler sur une double temporalité :*

* **La temporalité psychique et évènementielle** : elle prend en compte l'évolution diachronique et synchronique des processus sous-jacents de l'addiction. Cette temporalité est marquée par les aménagements de la dépendance développés précédemment, présents avant même la première consommation, se constituant en réponse aux défaillances internes de la patiente. Nous avons repéré ici la précarité des figures parentales, le milieu traumatique de l'enfance et les confusions identificatoires.

* **La temporalité physique** : elle lie Mme L. aux caractéristiques pharmacologiques du produit, de la conduite et à leur impact psychologique. Cet aspect conditionne le bon déroulement du sevrage.

➔ La prise en charge de cette double temporalité, notamment dans une prise en charge pluridisciplinaire, oriente et détermine le choix de l'accompagnement addictologique complémentaire chez notre patiente.

L'objectif de cette orientation est de travailler sur la pluridisciplinarité, en choisissant de cibler le noyau addictif. En prenant le temps de construire le projet, cette proposition n'a pas été perçue comme trop intrusive par Mme L., et a permis de l'accompagner dans la narration d'une identité fragile, mouvante, nouvelle.

- Poursuite du suivi psychologique, se frayer un accès au monde interne de Mme L :

L'intérêt d'intégrer ce noyau addictif permet de repérer et d'identifier les aménagements de la dépendance, pour amener le psychologue à ajuster son intervention sur les défaillances et ressources précises de la patiente.

En partant de son discours et en utilisant son langage, et notamment celui de ses symptômes, l'enjeu est de l'accompagner vers le fil de son histoire, celui de ses désirs et de ses positions, en particulier au niveau intrafamilial, niveau de projection de relations d'attachement et de conflits. Le travail de psychothérapie se poursuit donc dans cette direction, afin de l'aider à retrouver le contact avec ses conflits d'identification aux figures parentales.

Un des thèmes abordés s'est axé sur la relation avec son mari, et les représentations qu'elle avait de lui. En effet, le mensonge sur ses activités nocturnes et l'idée de le protéger masquaient en réalité une agressivité et un manque de confiance à son égard. Elle était dans une logique de vengeance dont elle n'avait qu'en partie conscience. D'autant qu'elle ne posait pas la question de l'origine de l'agressivité envers lui. Elle ne faisait rien pour le rassurer, elle était au contraire satisfaite qu'il puisse souffrir de cette situation. Un travail a été consacré à l'étude du choix d'objet amoureux, à ce qui se jouait dans le conflit conjugal. Cela lui a permis de prendre conscience et de verbaliser les liens entre sa figure paternelle de référence et

son choix d'homme. C'est à son père absent et à son beau-père abuseur qu'elle en voulait et non à son conjoint. Ce lien beau-père/conjoint questionne quant à ses identifications et à la résolution de sa problématique oedipienne.

Un autre apport s'est fondé dans le travail sur la relation thérapeutique. Nous avons observé que son fonctionnement psychique la rend dépendante de l'autre pour maintenir le niveau d'emprise. Le sentiment de perte de contrôle du lien peut entraîner des réactions agressives à l'instar des hospitalisations précédentes, pouvant générer la rupture avec l'équipe thérapeutique. C'est tout le travail collégial, intégrant l'éclairage institutionnel du psychologue, qui a permis de gérer ce paradoxe et de **rendre tolérable ce dont la patiente avait besoin**, afin de ne pas rompre le lien. Nous saisissons alors l'intérêt de l'approche complémentaire visant à l'orienter vers des thérapies médiatisées, permettant ainsi d'introduire du tiers et de maintenir une distance suffisante avec les objets externes, de façon à éviter en tant que soignant d'être pris comme objet de dépendance.

III.F. NOYAU « DEPRESSIF-LIMITE »

III.F.1 Introduction au concept de noyau « dépressif-limite »

Selon BERGERET, la dépression et l'état limite partagent une "voie commune définitive", construite sur la **perte d'objet prématurée** et la **blessure narcissique**. Cet auteur défend l'idée d'une organisation « dépressive-limite » qui se situe dans l'aménagement narcissique plus ou moins stable situé à mi-chemin entre les structures névrotiques et psychotiques, après la fixation opérée sur le plan psychogénétique par le **traumatisme affectif initial** (8).

Plus précisément, la menace dépressive sous-tend la lignée limite en permanence (fondant la dépressivité), et n'est pas liée à un facteur déclenchant mais à des enjeux constitutionnels (autour des relations précoces). Toute décompensation touchant cette lignée peut conduire à une pathologie dépressive dont les mécanismes profonds préexistaient alors bien avant les difficultés adaptatives devenues manifestes par la suite.

➔ Le mécanisme de cette forme dépressive repose avant tout sur une **régression narcissique** : lorsque le sujet se sent menacé dans son intégrité physique et psychique, il met en jeu cette régression en mobilisant ce que nous nommerons le noyau « dépressif-limite ».

Cliniquement, lorsque un vécu d'abandon ou d'intrusion est perçu, lorsque le sujet est acculé à l'idée de devoir traverser seul les écueils de l'existence, il s'accuse d'indignité, d'incapacité. Mais, dans l'état limite, c'est avant tout aux autres que sont destinés les reproches. Cette avidité affective réveille une situation de dépendance étroite à l'égard des autres (101).

Cette relation de dépendance, à l'origine de la relation d'objet anaclitique constitue la clé de voûte du noyau « dépressif-limite », et participe d'ailleurs à la constitution de nos trois noyaux en général.

Selon Bergeret, la « dépression-limite » représenterait plus de 50% de tous les patients diagnostiqués états limite (8).

Si l'on se réfère trivialement à la métaphore cytologique du noyau, alors, au sein de la cellule état limite, nous pouvons conceptualiser le noyau dépressif comme constitué d'un nucléole anaclitique, favorisant la transcription d'une angoisse de perte d'objet (ADN) à la recherche d'un statut de réalité externe de l'objet (ARN) pour aboutir à un mode d'adaptation face à la perte narcissique (protéine). Cette transcription est facilitée par les échanges permis par une membrane poreuse et extensible aux noyaux voisins (addictif et agir), conçue pour protéger l'ADN, et pour contrôler les échanges avec le milieu extérieur.

Le fonctionnement standard continu et relativement homéostasique de ce noyau est appelé « **dépressivité** ».

- Lorsque la transcription est modifiée par les échanges membranaires ou par un ARN défaillant, la **dépressivité** cède la place à une **dépression-limite** de forme variable (névrotique, psychotique, corporelle..)

- Lorsque la transcription est bloquée, désorganisée, il s'opère une configuration plus fragile, au pronostic plus sombre, qui a lieu notamment lorsque le Moi a été écrasé, parfois de façon irrémédiable, par des facteurs défavorables accablants de natures diverses : biologique, constitutionnelle ou psychologique. C'est la **dépression essentielle**.

Au fil de cette métaphore, nous formulons l'hypothèse que la " dépression-limite" et la "dépression essentielle" représentent les deux formes cliniques du noyau « dépressif-limite » secondaires à la décompensation de la **dépressivité**, dérivées de la dépression anaclitique. Nous décrirons ces trois versants du noyau « dépressif-limite » dans une perspective graduelle, clinique et psychogénétique, reflétant une désorganisation variable du Moi.

Nous aborderons ensuite leurs distinctions par un abord « intranucléaire » (entre elles), puis « intracellulaire » (entre les deux autres noyaux) et enfin « extracellulaire » c'est-à-dire avec les autres formes syndromiques indépendantes de l'état limite que sont l'épisode dépressif caractérisé et la mélancolie.

III.F.2 Dépressivité

La dépressivité correspond à un fonctionnement psychique et non à une pathologie. Elle est à l'oeuvre dans la normalité, et reflète la capacité du sujet à se déprimer en régressant temporairement à une situation de protection contre l'acuité d'un conflit narcissique. Ce mouvement dépressif participe donc normalement de la régulation de la vie psychique.

Il n'est pas spécifique de l'état limite, mais il est constant, quasiment constitutionnel pour certains auteurs. Il renvoie au degré de fragilité narcissique mais diffère chez l'état limite d'un affect « normal » du fonctionnement mental, en raison de moins bonnes capacités adaptatives liées à une psychogenèse pathologique (102)

III.F.2.a Conséquences d'un point de vue économique

Mise en jeu par la perte ou l'abandon, la dépressivité favorise la redistribution des investissements, véritable « ré-affectation ». Lorsque ce processus d'intégration défaille, une résistance à cette dépressivité s'opère et engage une dépression, plus ou moins sévère selon le degré de déliaison et de désobjectalisation.

L'attitude défensive de l'état limite est destinée à ce que la dépressivité ne devienne pas une dépression. Ainsi, **toute économie limite est organisée autour de l'anaclitisme vis-à-vis d'un objet qui doit conserver son statut de réalité externe.** De par son peu de solidité

structurelle, l'économie du noyau « dépressif-limite » ne peut prétendre à un mode de "normalité" structurelle stable. Le sujet ne parvient jamais à une très bonne adaptation originale. Il s'agit d'imitations plus que d'identifications. Il se débat économiquement dans une lutte coûteuse pour protéger les assises narcissiques. Cette tendance dépressive constitue parfois pendant longtemps, la seule manifestation spécifique de la souffrance d'une organisation mentale de type limite, avec un mode d'aménagement instable, fragile bien que parfois très durable.

Malheureusement, l'équilibre précaire peut s'effondrer du fait de sollicitations extérieures et même à cause du fonctionnement lui-même, et n'empêche pas que les défenses anti-dépressives puissent parfois conduire directement à la dépression.

III.F.2.b Une dépressivité hétérogène

En faisant référence à la perte d'objet comme dimension fondamentale de l'angoisse, la conception de Bergeret tend à confondre les états limite, la dépressivité et la pathologie narcissique.

BERGERET en est donc venu à distinguer deux formes différentes, bien que voisines de dépressivité de modèle « limite » : l'une entre dans le cadre de la psychopathologie impliquant le **traumatisme précoce** que nous développons ci-après, l'autre serait d'ordre **psychosociologique**. L'absence de traumatisme et les « supercheries caractérielles ou comportementales permettent à ces sujets d'éviter la dépression manifeste », mais ils développent des symptômes tels que **l'angoisse, la honte et la faible estime de soi**. Elles permettent par ailleurs des possibilités d'évolution libidinale sur le mode anaclitique et narcissiques Néanmoins, la constitution de cette fragilité narcissique fonctionnelle chez les sujets jeunes comporte trois facteurs de risque essentiels : difficultés identificatoires

secondaires, pauvreté de l'élaboration imaginaire et carences de régulation des pulsions. Il implique dans cette conception le rôle des facteurs sociaux (économiques, culturels..), entretenant un « système de non pensée », propice à l'immaturation affective qui caractérise le fonctionnement limite et la dépressivité.

La dépressivité chez BERGERET renvoie donc à une fragilité narcissique constitutionnelle, bien que polyfactorielle chez tous les états limite, quel que soit leur niveau de structuration. C'est ce niveau, nuancé par la modalité de régression narcissique, qui conditionnera le type de dépression limite, d'abord tantôt névrotique, psychotique ou corporel.

III.F.3 la théorie de la dépression-limite selon BERGERET

Nous ne reviendrons pas sur le type de relation d'objet. Par contre, nous insistons sur la place du traumatisme dans la genèse développementale.

III.F.3.a Psychogénétique

➔ *Traumatisme désorganisateur précoce :*

La définition du traumatisme affectif, selon FREUD, correspond à la conjonction d'un excès d'excitations et d'une carence des systèmes de pare-excitations agissant à un moment de faiblesse privilégiée de l'évolution de la personnalité d'un sujet (103). En d'autres termes, il traduit un afflux d'excitations psychiques beaucoup trop fortes pour l'état d'immaturation affective du moment. Il provoque l'entrée en **pseudolatence** du psychisme, plus précoce et plus durable que la latence normale, et conditionne un état de régression narcissique

perpétuant l'état d'imaturité au moment de sa survenue.

Ce traumatisme survient sur un « terrain » déjà affaibli par un déficit narcissique primitif, constitué de carences affectives et de séparations précoces et prolongées. De plus, sa survenue chez les sujets limite s'établit à un moment assez précoce pour que le Moi en cours de constitution n'ait pas pu encore se voir organisé sous le primat de la génitalisation triangulaire oedipienne. Le premier traumatisme vient donc figer les choses juste avant que l'élaboration oedipienne ne soit possible sur le plan imaginaire et symbolique.

Sur le plan génétique, le psychisme du sujet est irrémédiablement amarré au registre prégénital. Ce registre exclut le conflit de **statut génital, surmoïque et oedipien** et concorde avec l'importance primordiale des difficultés rencontrées au niveau du **narcissisme et de l'Idéal du Moi**. Ces éléments constituent selon BERGERET le point de disjonction de la dépression névrotique, caractérisée par un conflit entre pulsions et interdits parentaux, conflit demeurant oedipien et génital, autorisant l'intériorisation de l'interdit par le parent du même sexe sous forme de Surmoi (8).

Devant un tel traumatisme affectif, le Moi ne va pas hésiter à sacrifier une partie de son intégrité pour assurer le maintien de son autonomie opérationnelle par rapport aux pulsions et à la réalité. Par ailleurs, il perdra du même coup son indépendance par rapport à l'Idéal du Moi grandiloquent et archaïque et empêchera la possibilité d'élaboration d'un **Surmoi mature**.

D'après ROUSSILLON cité par KAPSAMBELIS, les effets du Surmoi non intégré se traduisent par « **les cinq non** : non tout, non tout de suite, non tout seul, non tout ensemble et non tout en un. Les patients limite savent que ces non existent, mais ils le déplorent. La honte résulterait de ne pas avoir réussi à transformer les cinq « non » en cinq « oui ».

Donc honte et culpabilité sont séparés. : «Les sujets montrent un décrochage entre Surmoi et Moi Idéal, avec une remarquable faiblesse de la première de ces deux formations, expliquant l'absence de culpabilité, au profit d'une inflation très tyrannique de la seconde » (104).

Ainsi, l'Idéal du Moi est fortement représenté et intervient dans un conflit intrapsychique de deux types :

- **entre l'idéal du moi et le Ça**, avec des désirs pulsionnels (sexuels) qui entrent en contradiction avec l'image que le sujet voudrait avoir de lui-même
- **entre l'idéal du moi et la réalité**. C'est pour cela qu'à chaque fois que la réalité quotidienne ne vient pas nourrir l'image de soi, à chaque fois que le sujet subit une frustration narcissique, il peut y avoir décompensation de type dépressif.

Ces données métapsychologiques semblent précieuses quant à leur ouverture clinique. Christophe dans notre troisième cas clinique ne nous donne-t-il pas d'ailleurs l'illustration énergique et touchante de ces « cinq non » ? Loin de refléter une jouissance de la transgression, ses attitudes opposantes initiales peuvent être appréhendées comme le fruit de ce déséquilibre développemental.

Par conséquent, la prédisposition à l'évolution du noyau « dépressif-limite » commence de façon assez précoce, pendant la période prégénitale et constitue le lit de la dépressivité. Cependant l'évolution de l'économie dépressive de type "limite " débute plus tardivement, comme conséquence du défaut de représentation des données oedipiennes dans l'imaginaire.

La « pseudolatence » qui suit plonge le sujet dans un état semblable à une crise d'adolescence prolongée, marqué par une faiblesse structurelle et une instabilité relationnelle et défensive, le rendant très vulnérable à la survenue du second traumatisme désorganisateur.

→ *Second traumatisme affectif* :

Il peut advenir soit comme évènement externe (deuil, déception sentimentale...) soit comme évènement interne (maladie, diminution de certaines capacités physiques). Quoiqu'il en soit, la conséquence est nette et brutale : la réouverture de la blessure narcissique, qui balaie au passage tous les efforts de colmatage de la faille initiale. Cette réémergence de l'angoisse de ne pas se trouver narcissiquement « assez complet » s'impose comme la conséquence du réveil du traumatisme précoce vécu dans la période pré-oedipienne sur ces assises friables.

L'angoisse, dans certaines circonstances, atteint une intensité telle que le patient ne peut demeurer plus longtemps dans son compromis provisoire antérieur. Plusieurs hypothèses sont alors possibles : la réorganisation de l'aménagement de dépressivité, plus ou moins étayé par la connexion avec les autres noyaux et par les soubassements structurels de la personnalité, ou l'effondrement dépressif brutal.

III.F.3.b Apports des autres théories sur la dépression

Les travaux de SPITZ sur la dépression anaclitique portant sur des enfants de 12 à 18 mois confirment la situation structurelle particulière aux organisations dépressives anaclitiques (105). En effet, elles demeurent à distance, à la fois des désordres psychotiques, plus précoces, et des élaborations oedipiennes, plus tardives.

Pour PASCHE, le trouble fondamental serait en rapport avec des difficultés rencontrées au niveau de l'identification primaire. Les parents auraient gêné ces identifications en recherchant à aimer à travers l'enfant, non pas l'enfant lui-même mais leur propre Moi idéal (8).

ROSENFELD défend également l'hypothèse d'une prédisposition infantile à la dépression, basée sur des frustrations mutuelles au sein de la relation symbiotique mère-enfant. Elles

seraient à l'origine d'une situation frustrante fondamentale et pré-dépressive au cours de la première année. Le déclenchement ultérieur de la crise dépressive se trouve lié à une modification du régime pulsionnel et défensif comme à un changement intervenu dans la relation du sujet à l'objet ou à son image. Cette crise dépressive fait suite à une perte d'amour, une rupture du lien d'amour. Ce sentiment de perte peut revêtir des aspects assez subtils rappelant chez l'enfant l'angoisse ressentie lors de l'impression de ne plus être dans le champ perceptif de la mère. Toute déception est ainsi vécue comme une frustration, donc même une situation minimale déclenche une réaction dépressive sans rapport direct avec l'intensité du point de départ. La séquence dépressive s'exprime sous la forme: frustration - haine - culpabilité - auto-agression. Là encore, est convoquée la question de la porosité entre les deux noyaux, dépressif et d'agir (8).

L'ensemble de ces théories renforce la conception nosologique et métapsychologique de BERGERET relative à l'état limite, et le noyau dépressif sur lequel elle repose. À la base des mécanismes dépressifs apparaît la perte d'objet opérant sur la personnalité en déficit narcissique primitif. Deux formes se déploient dans ce noyau, renvoyant à une économie narcissico-objectale variable : la dépression-limite avec ses déclinaisons cliniques, et la dépression essentielle. Détaillons-les plus précisément.

III.F.4 Formes cliniques de la dépression-limite

Les principaux symptômes affichés dans la dépression-limite sont, pour l'essentiel, rattachables à la clinique de la dépressivité : angoisse, difficultés relationnelles, estime de soi altérée, honte au détriment de culpabilité. Mais ces symptômes sont plus marqués et renvoient le sujet son incapacité à faire face à une situation conflictuelle ou à un effort imprévu.

III.F.4.a Difficultés relationnelles

Le dépressif-limite ne peut vivre seul, mais ce n'est pas au bénéfice d'un investissement réel dans l'échange. Le cas clinique suivant nous en donnera une illustration claire avec Christophe. La personnalité propre de l'autre l'intéresse peu. Il attend simplement de lui qu'il réponde à ce qu'il pense être ses besoins essentiels. Il cherche à se coller affectivement à l'autre pour recevoir sa protection. En réalité ce "collage" a pour fonction, aussi, **d'éviter l'affrontement avec l'objet** potentiel. Le sujet est comme un boxeur en fin de combat qui se "colle" à l'adversaire pour éviter de recevoir et donner des coups. De plus, il est **exigeant** : si on ne lui accorde pas tout, c'est comme s'il n'obtenait rien. En général, le faisceau relationnel n'est dirigé que sur un seul objet à la fois auquel il adresse toutes ses demandes et tous ses reproches.

La morosité des pensées entrave peu à peu tout désir et tout élan aussi bien amoureux que violent. Le sujet se sent incapable de survivre sans aide et sans soutien matériel et moral des autres. Ceci peut prendre l'allure d'une aide réclamée à des personnes considérées comme privilégiées, telles que des institutions, des collectivités et des pouvoirs publics, comme nous l'avons vu avec Christophe.

III.F.4.b Angoisse

L'angoisse, rappelons-le, est située au niveau de la perte de l'objet narcissique et non d'une angoisse de castration. C'est une angoisse de perte de l'apport narcissique positif et extérieur, que le dépressif attendrait de son objet. Cette angoisse apparaît dès que l'objet semble s'éloigner. L'angoisse foncière du dépressif n'est pas la faute sexuelle, ou redouter le père ou

désirer la mère, mais c'est la crainte élémentaire de **s'effondrer si l'appui apporté par l'objet venait à se dérober**. La dépendance anaclitique, qui implique une ambivalence régressive, fait passer le désir sexuel à un niveau accessoire.

L'angoisse porte également sur le besoin, propre au sujet, de conserver le bénéfice d'un pare-excitant extérieur, renforçateur de son propre pare-excitant encore mal constitué à l'égard de l'ensemble pulsionnel formé par la violence et la sexualité. Le sujet se présente comme menacé par la perte à la fois d'un objet gratifiant et d'un objet protecteur. Dès que cet objet devient trop proche, il y a danger de domination par celui-ci et donc de perte de toute autonomie, de tout écran protecteur contre la violence possible de cet objet.

L'angoisse serait une réponse du Moi devant une menace de désastre relationnel, tandis que la dépression atteindrait le niveau d'une réponse à un désastre considéré par le Moi comme déjà matérialisé. **L'angoisse serait un signal**, alors que la dépression resterait un constat, comme preuve de l'échec dans l'effort déployé pour établir de bonnes relations objectales et des identifications positives (62).

La décompensation dépressive-limite signerait autant **l'affaiblissement des défenses** que **l'écroulement des constructions de façade**.

III.F.4.c Déclinaisons cliniques

Nous avons observé que l'Oedipe ne se trouve pas assez engagé pour qu'il y ait un conflit réel entre les pulsions sexuelles et les interdits parentaux, et ce, quel que soit le degré d'intensité du noyau « dépressif-limite », en raison d'un point commun dans la psychogenèse. Mais selon son profil structurel, différents mécanismes peuvent intervenir et en nuancer la manifestation clinique :

→ *dépression-limite à allure psychotique*

L'exemple clinique est puisé dans le contenu des entretiens cliniques avec Christophe. Nous avons été témoins d'une énorme hémorragie narcissique, d'une confusion dans ses repères renvoyant à une impossibilité de procéder à des identifications valables et structurantes. Mais il n'avait pas atteint le stade de morcellement réel du Moi. Sa relation restait toujours **assez ouverte pour recevoir**, mais aussi **béante pour ne pas garder**. Il ne pouvait ni se refermer dans l'autre reconstituteur, ni se solidifier dans les défenses d'une névrose.

→ *dépression-limite à allure névrotique*

Le sujet ne peut mobiliser la lignée génitale étant donné la précarité des fixations oedipiennes. Il a donc recours à l'utilisation de mécanismes d'apparence névrotique pour lutter contre son incomplétude narcissique. Par exemple, il mobilise sa libido narcissique dans une libido objectale via la dramatisation rendue possible par l'hystérie, mais portant sur vécu ancien et non présent. Les symptômes de conversion hystérique, dénués d'érotisation et de fantasmatisation, se distinguent par le contexte principalement **agressif** et manipulateur dans lequel ils surviennent. Il s'agit de conversions atypiques, volontiers permanentes et multiples, **d'épisodes crépusculaires** ou de troubles de la conscience.

Les symptômes **d'allure phobique** sont également fréquents. Les plus évocateurs concernent le corps ou la **perception du sujet par autrui** (phobie du regard, de parler en public...), ainsi que les phobies à la limite des **troubles obsessionnels - compulsifs** (phobies de la saleté). Une tonalité persécutive et des efforts de rationalisation sont également assez caractéristiques, ainsi que la coexistence de phobies multiples, voire de panphobies socialement invalidantes. Les idées obsédantes et les rituels, quand ils existent, sont également fortement rationalisés, devenant progressivement syntones au Moi. Il n'existe ni lutte, ni rigidité défensive, ni besoin

d'autopunition (8).

→ L'investissement corporel chez le dépressif

Les symptômes hypocondriaques, plus rares, prennent la forme d'une préoccupation envahissante pour la santé physique pouvant retentir sur la vie sociale du patient. Des craintes nosophobiques rationalisées, surtout lorsqu'elles revêtent une tonalité persécutive, doivent faire évoquer un fonctionnement limite.

L'hypothèse développementale s'appuie sur le parallèle entre l'élaboration du vécu corporel et la genèse de la relation objectale: l'image du corps suit le sort de l'image de l'objet, qui suit elle-même la progression des organisations. Or, au cours de ces étapes, la bouche, la vision, la peau, les sphincters, la motilité, ont été tour à tour investis pour élaborer le vécu corporel. Dès que la progression affective stoppe, le vécu corporel se fixe parallèlement à l'une des étapes de son développement.

Pour Bergeret, les décompensations de la dépressivité se manifestent par des fixations/régressions au niveau corporel, selon le vécu corporel au moment du blocage de la progression affective : « Ce sont des ventres mous pour le comportement et la somatisation par carence du fonctionnement imaginaire » (8).

III.F.5 La dépression essentielle

Nous avons choisi de l'intégrer dans le prolongement de la dépression anaclitique. De ce fait, elle justifie sa place dans le noyau « dépressif-limite », mais dans un degré de gravité majoré.

III.F.5.a Introduction au concept

La notion de « dépression essentielle » émerge dans le champ psychosomatique, après celle de « dépression sans objet ». Cette première dénomination soulignait que le processus dépressif affectait le champ du narcissisme, tandis qu'avec le qualificatif d'« essentiel », MARTY fait de la dépression essentielle le constituant de l'essence même de la dépression, à savoir **l'abaissement du niveau du tonus libidinal**, à la fois **objectal et narcissique**, sans contrepartie économique (106). Sur le plan clinique, elle ne correspond pas à une description franche, mais plutôt à un effacement progressif et insidieux de la vie psychique.

Elle nous semble importante à connaître car elle survient chez l'état limite dans des circonstances psychopathologiques particulières.

III.F.5.b Clinique

Cliniquement, son repérage n'est pas évident, qui plus est au sein de l'état limite agité par une symptomatologie cahotique. En effet, dans la dépression essentielle, le tableau se dessine à travers l'extinction des témoins habituels de la vie mentale sans compensation économique décelable. Cela se traduit alors par une pénurie de signes positifs, car l'inconscient n'émet plus et les capacités associatives se tarissent. Ainsi, le diagnostic repose d'abord sur un ensemble d'éléments sémiologiques négatifs que SMADJA résumera dans la formule de « dépression sans expression », puis sur deux aspects cliniques positifs qui sont, d'une part, une qualité de **perception affective chez le psychanalyste** (le patient est présent mais vide), et d'autre part, **l'effacement** (en tant que résultant d'un processus dynamique, il prend valeur positive) d'un certain nombre de **fonctions mentales**, qui aboutit au **morcellement fonctionnel du Moi** (107).

Le seul symptôme positif est celui du prolongement de la dépression-limite, c'est-à-dire la période **d'angoisses diffuses**, automatiques, qui traduisent la désorganisation et la faiblesse défensive du Moi. Le reste de la clinique prend forme sur un **versant négatif**.

Le patient n'exprime ni souffrance psychique, ni sentiment d'infériorité. Il se plaint tout au plus d'une lassitude, d'une fatigue chronique « comme tout le monde », d'un stress « banal », « ordinaire ». Cette négativité des signes nous semble importante à souligner, car elle peut être à l'origine d'une méprise diagnostique, d'autant plus que le sujet n'a pas foncièrement changé ses habitudes, il ne revendique pas un changement particulier et donc ne recherche pas d'aide psychologique.

Dans ce contexte, MARTY insiste sur l'importance que le clinicien doit accorder **au mode de relation** qu'entretient le patient avec lui : « L'investigateur ne se trouve pas embarqué dans un système, il n'est pas non plus rejeté, ni même tenu à l'écart par les mécanismes habituels des névroses mentales et des psychoses. Le motif de la consultation initiale a résidé dans un à-propos quelconque : fatigue ou incident somatique d'allure souvent bénigne. Le patient n'a ni choisi, ni refusé de consulter. Tout se passe pour lui sans émotion. La dépression est cependant évidente comme l'a révélé le contact psychanalytique et comme l'anamnèse le confirme ; elle réside dans **l'abaissement marqué du niveau du tonus libidinal à la fois objectal et narcissique**. Il n'y a aucun recours, ni intérieur, ni extérieur. La dépression essentielle présente ainsi le tableau d'une « crise sans bruit »(106)

III.F.5.c Aspects psychopathologiques

La dépression essentielle, dans le prolongement de la problématique de perte d'objet, survient dans un contexte de désorganisation précoce.

La survenue d'une expérience traumatique dans le présent est constituée par la perte d'objet et

les renvoie face à un vécu précoce d'impuissance ou d'incapacité à percevoir, élaborer et contrôler une situation de détresse et de déception vitale pour leur narcissisme, rappelant l'*Hilflosigkeit* freudien (96). Ces expériences traumatiques du présent les relient à un passé narcissiquement douloureux.

➔ Cet objet est perdu et non plus seulement décevant. Il soumet le sujet à la précarité, à la fugitivité, au manque :

- il ne terrorise ni ne persécute comme l'objet de la psychose
- il ne culpabilise ni n'interdit comme l'objet de la névrose
- mais il abandonne le sujet à sa détresse, à sa solitude, sans secours, sans recours.

La persistance de l'excitation douloureuse, sans possibilité de lien avec l'objet, devient rapidement intolérable et ne peut se décharger que dans le propre corps.

➔ En raison de cet afflux non maîtrisable par défaut de symbolisation, **l'angoisse ne peut plus être un signal, comme dans la dépression narcissique**, mais devient permanente, débordante. L'élaboration est bloquée, et éradique avec elle les mouvements essentiels au travail de deuil. L'inaccessibilité à la représentation, entraîne donc une perte d'objet irrémédiable, qui signe le deuil et le clivage impossibles.

➔ De ce fait, on observe un appauvrissement de la symptomatologie mentale au profit de la décharge dans le corps. L'émotion est donc inapparente, abrasant tout conflit interne sous-jacent. La parenté avec l'alexithymie ne saurait être ignorée, devant l'inaptitude du patient à identifier et exprimer ses émotions. Cependant, cette théorie, appuyée au départ sur la description française de la pensée opératoire, renvoie à l'hypothèse d'un dysfonctionnement cérébral ciblé. Or, d'après MARTY cette négativité caractéristique de la dépression essentielle, ce manque dans la relation transféro-contre-transférentielle traduit en fait l'«

effacement sur toute l'échelle de la dynamique mentale, des fonctions capitales », renvoyant entre autres au blocage des identifications, introjection, projection et imaginaire.

En conclusion, retenons que cette dépression est caractérisée par une **perte d'objet définitive**, une détresse à l'origine d'une **angoisse permanente**, générant un blocage des fonctions mentales, dérivées vers une **vie opératoire** privilégiée.

III.F.5.d Evolution de la dépression essentielle

Les deux principaux modes évolutifs sont :

- le prolongement vers la chronicité opératoire
- l'amortissement à la faveur de réorganisations régressives, en particulier les somatisations.

Quand la chronicité s'est établie et qu'aucune réorganisation régressive ne s'est produite, une relative stabilité s'installe. La dépression essentielle vient se confondre un fonctionnement opératoire, que MARTY nommera ensuite la « vie opératoire ».

Elle regroupe un ensemble de conduites « automatiques », mécanisées, dépourvues de représentations. Certaines activités sociales et professionnelles semblent ainsi se poursuivre de manière automatique malgré la prédominance de la pensée opératoire, mais **sans valeur défensive ou identificatoire** évidente rejoignant la description de "**faux-self**" de WINNICOTT.

Les désirs ont disparu pour laisser en place la satisfaction de besoins isolés les uns des autres ; c'est une « mosaïque de conduites » (106). Ces conduites peuvent prendre la forme dans l'état limite **d'actes impulsifs**, le plus souvent auto-agressifs mais qui s'apparentent davantage à des **conduites à risques** plutôt que véritables tentatives de suicide avec désir de mort. Dans le

prolongement des travaux de MARTY sur les conduites opératoires, SMADJA et SZWEC définissent les « procédés auto-calmants ». Ce sont des moyens utilisés par le Moi pour protéger son intégrité. Le qualificatif de « calmant » doit être compris dans son opposition à celui de « satisfaisant » (80).

Ces procédés font habituellement appel à la motricité et à la perception car ils comportent une dimension de décharge, **renvoyant au noyau de l’agir**. De plus, ils sont sous-tendus par une compulsion de répétition, ce qui souligne une parenté avec notre **noyau addictif-limite**.

Au final, ces états opératoires caractérisant la dépression essentielle dans son évolution s’intègrent avec cohérence dans le fonctionnement limite pour nous donner des indices sur le niveau dépressif dans lequel le patient se trouve : un morcellement des représentations des affects et de la pensée, un trouble du discours, une qualité particulière du narcissisme, une récurrence de somatisations représentent des indices valables en faveur d’une dépression essentielle, dénotant que les **fondations du sujet** sont attaquées.

III.F.5.e En conclusion

Avec les notions de « dépression essentielle » et de « vie opératoire », nous avons pu établir des liens avec le fonctionnement limite. Ce pont avec les théories psychosomatiques nous a permis de dégager des points de rapprochement entre la dépression essentielle et les autres types de dépression. La particularité de cette lignée dépressive destructurante n’est pas son origine anaclitique, mais **la temporalité de survenue de la perte d’objet**. Les travaux auxquels nous avons fait référence semblent valider un point de vue métapsychologique au sujet de la dépression essentielle qui pourrait s’énoncer ainsi : il est arrivé quelque chose de traumatique dans un temps précoce du développement, temps au cours duquel la

différenciation entre Moi et non-Moi, sujet et objet, ne s'est pas encore achevée. Dans ce contexte, **toute perte objectale équivaut à une perte narcissique.**

III.F.6 Liens entre dépression-limite et dépression essentielle

III.F.6.a Une origine commune: le primat de la dépression anaclitique ?

Notre description de la dépression essentielle semble cohérente avec les aléas de la clinique du noyau « dépressif-limite » et elle est par ailleurs en adéquation avec la question de la perte d'objet. Mais, dès lors que l'on choisit de l'intégrer dans la continuité de la dépression anaclitique, **comment se représenter la fixation à une dépression « avec objet » à l'origine de la dépression « sans objet » ?**

En effet, le rapport à l'objet, aboli dans la dépression essentielle semble s'opposer à celui d'une dépression anaclitique, qui, pour SPITZ, se définit par **son rapport propre à l'objet** : « dans l'étiologie de ce désordre, la perte de l'objet aimé occupe la première place aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, à tel point qu'on est tenté de la considérer comme un facteur déterminant » (105)

Certains auteurs comme SZWEC avancent l'argument d'une « mutation » due à des moments répétés de **désinvestissements désobjectalisants** en lien avec une fonction maternelle défaillante : une sorte de **déconstruction de la relation d'objet** très précoce. Cet état a entravé la constitution de l'absence en tant que représentation, la constitution aussi de l'angoisse signal d'alarme, et laissé le sujet démuni face aux situations de désinvestissement trop proches des traces laissées par le trauma initial.

Pour illustrer son propos, l'auteur souligne la frontière ténue entre les bébés ayant eu des

mauvaises relations avec la mère qui acceptent facilement des relations avec les substituts, et les bébés déprimés qui, selon SPITZ, n'acceptent pas de relations avec les substituts de la mère. Ainsi, les premiers investissent peu les objets ou tendent à maintenir une certaine anobjectalisation, alors que les seconds pratiquent un désinvestissement désobjectalisant au sens de GREEN, ce qui finit par revenir au même.

Les uns et les autres appauvrissent ce qui a été construit de leur Moi et cherchent à se passer de l'objet en lui refusant le statut d'objet interne, qu'il soit bon ou mauvais. La mère perdue finit aussi par être disqualifiée dans son statut d'objet.

A la différence de la dépression limite classique dans laquelle la dépression anaclitique du bébé a conduit à un report sur le Moi de la libido retirée des objets, **la dépression essentielle est issue d'un appauvrissement général tant en libido d'objet qu'en libido du Moi.** Dans ce cas, la perte objectale est perte d'un objet narcissique dont le deuil est infaisable et conduit à une perte pulsionnelle aboutissant à un état qu'on peut considérer comme une première forme de dépression essentielle, caractérisée la **cessation de toute activité auto-érotique.** Or, il s'agit bien d'une perte similaire en libido tant objectale que narcissique que l'on retrouve dans la définition de la dépression essentielle de l'adulte de MARTY : « abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des pulsions mentales ».

→ En conclusion, le virage de la dépression anaclitique à un état traumatique se produit lorsque les activités auto-érotiques cessent et que l'enfant est incapable de prendre comme objet même son propre corps. Le retournement de la libido désintriquée tente de contrebalancer la destruction, mais la libido s'épuise dans son effort pour assurer la survie. Les conséquences chez l'adulte se traduisent par un mode de sidération psychique et un **défaut de constitution de l'angoisse comme signal d'alarme, caractéristique de la dépression**

essentielle comme héritière d'une dépression anaclitique.

III.F.6.b Divergences : la permanence de l'angoisse et l'absence de clivage

La dépression-limite et la dépression essentielle s'intègrent dans le noyau « dépressif-limite » car elle partagent ce point commun de « dépressions du vide », à savoir pour ARTIERES : « le gel des introjections » favorisant la régression à l'incorporation.

Mais elles diffèrent par **leurs modalités défensives**, c'est-à-dire leur possibilité d'avoir recours au clivage afin d'éviter la désagrégation du moi.

Dans la dépression-limite, l'objet externe, vécu comme intrusif, risque, lors de son internalisation, d'envahir le Moi : le déni et le clivage deviennent indispensables à sa sauvegarde. Au contraire, dans la dépression essentielle, l'inclusion de l'objet est elle-même intolérable, et entraîne des signes somatiques diffus sans aucune possibilité d'expression organisée, en raison du dysfonctionnement mental général, signant la mort psychique et l'impossibilité d'aimer et de haïr.

Ainsi, dans la dépression-limite, la permanence d'un objet intérieur, narcissiquement investi, reste possible par les aménagements défensifs et joue un rôle régulateur par rapport à la difficulté de deuil de l'objet extérieur. Dans la dépression essentielle, l'objet intérieur, narcissiquement investi, est absent.

Par conséquent, la dépression essentielle, par son rapport à l'objet s'apparente à une forme clinique plus sévère appartenant au noyau «dépressif-limite ».

III.F.7. Noyau « dépressif-limite » et épisode dépressif caractérisé

Cette précision s'applique à distinguer la dépressivité de l'épisode dépressif classique.

Le sujet limite peut facilement donner l'impression d'une dépression installée depuis plusieurs semaines, ce qui répond au critère de la dépression du DSM-IV : « tous les jours ou presque depuis deux semaines ou plus » (12). Dans les faits, une exploration plus poussée révèle parfois une humeur dépressive fluctuante, disparaissant même pendant des périodes plus ou moins longues au profit de nouveaux intérêts sociaux ou affectifs.

De plus, nous avons évoqué l'absence d'inhibition psychomotrice et de culpabilité comme assez significatives de la dépressivité, alors que l'épisode dépressif caractérisé se traduit par des symptômes majeurs au niveau instinctuel et de fortes idées de culpabilité.

Il se peut que les deux coexistent, de façon variable. Ainsi, un trouble affectif relevant de l'Axe I peut surgir pour la première fois au cours de la thérapie ou réapparaître après une rémission plus ou moins longue (11,14). Cela soulève la question de l'impact des dimensions biologiques à explorer sur la personnalité limite dépressive.

III.F.8 Conclusion

A l'issue de cette approche intégrative, combinant des éléments cliniques, génétiques et métapsychologiques, nous pouvons approcher le noyau « dépressif-limite » avec plus de précision. Ce dernier se situe au coeur de l'état limite, à la fois sur le plan développemental et clinique. Bergeret souligne d'ailleurs ce fait assez rare de trouver, dans une même catégorie nosologique, un parallélisme entre processus manifestes et latents.

Nous avons insisté sur un repérage simple, mais fondamental incluant :

- la qualité de la dépression : dépressivité, dépression narcissique, essentielle, mélancolie...
- les aspects quantitatifs : intensité et étendue des mécanismes de défense, des atteintes du Moi...

- les effets désorganisateur vis-à-vis du fonctionnement du Moi au niveau topique et économique.

Nous avons choisi de détailler les différentes formes que revêt ce noyau « dépressif-limite » issu de la coalescence entre dépression anaclitique, dépression-limite plurielle et dépression essentielle. Ce choix est discutable, mais il nous apporte une sensibilisation plus large à ces patients pour lesquels l'histoire précoce est cahotique, confuse et douloureuse. Et une autre manière d'entendre le langage du corps lorsque seuls les symptômes somatiques parlent.

L'épisode dépressif caractérisé est distingué comme un syndrome indépendant, mais pouvant partager des facteurs de vulnérabilité du côté des failles développementales.

Enfin, la porosité de ce noyau « dépressif-limite » a mis en exergue des accointances dans la lutte anti-dépressive avec le noyau addictif, et dans l'expression de certains symptômes tels que les tentatives de suicide, avec le noyau de l'agir.

III.G CHRISTOPHE, 28 ANS

III.G.1 Rencontre avec Christophe

Christophe est un jeune homme de 28 ans. Il est hospitalisé dans le service de psychiatrie générale via les urgences dans un contexte déjà révélateur. En effet, le premier psychiatre, après avoir établi un **trouble de personnalité antisociale**, a invalidé l'hospitalisation, alors que le second psychiatre relayant la garde a préféré la mise en route d'un Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers devant l'évaluation d'un **trouble psychotique**, actant ainsi la première hospitalisation de Christophe sur notre secteur.

C'est dans un contexte aussi confus pour le patient que pour l'adaptation du cadre qu'il arrive, sanglé et sédaté, en chambre d'isolement.

Au premier contact, Christophe est opposant, rétif à toute subordination. Il clame son innocence et crie au complot, amalgamant police, soignants et amis. Le tiers est incarné par sa colocatrice, Maryse, avec laquelle il vit depuis sept ans. Ils se sont rencontrés il y a dix ans lors d'une hospitalisation en région parisienne, où il vivait alors, avant de déménager en Loire-Atlantique, pour que Maryse se rapproche de son fils, Carlos, du même âge que Christophe. Ils vivent donc actuellement tous les trois, dans un contexte de plus en plus défavorable, en raison principalement des conflits opposants Christophe à Carlos.

III.G.2 Enjeux psychoaffectifs

L'étayage familial de Christophe est assez instable. Les contacts avec les membres de sa famille sont superficiels et irréguliers. Sa sœur vit dans le Nord, non loin de leur mère. Son père a refait sa vie en région parisienne et a trois enfants de cette union. Cela fait plusieurs années qu'ils ne se sont pas vus, mais il leur arrive de se joindre par téléphone.

Il nous semble nécessaire de préciser quelques enjeux du développement psychoaffectif précoce pour étayer la discussion psychopathologique. En effet, nous avons vu précédemment que le développement narcissique est étroitement lié à la qualité des relations précoces à l'objet maternant puis, secondairement aux aléas de l'intégration de la fonction paternelle. Sa qualité a substantiellement une incidence sur l'investissement des figures parentales ultérieures.

La relation entre Christophe et sa mère semble avoir été traversée précocement par une excitation transgressive particulièrement intense: «*Je l'aimais trop ma mère, elle était très belle*». Dans l'enfance, la relation mère-fils se prolonge dans un rapport d'excitation et de

frustration : « *Elle me faisait faire toutes les tâches de la maison, mais je n'avais droit à rien en échange* ».

Cette violence maternelle le confronte à « l'impossibilité de vivre l'omnipotence, donc de la dépasser » (7). Elle devient impliquée fondamentalement dans la genèse du narcissisme.

Cela est concordant avec le repérage de KERNBERG d'une blessure narcissique orale engendrant une agressivité prégénitale massive, venant charpenter les bases du fonctionnement limite.

A l'adolescence, ses relations avec sa mère se dégradent et ils ne reprennent contact que quelques années après, à l'occasion d'une hospitalisation de Christophe suite à des troubles du comportement. Peu de temps après, elle développe une pathologie neurologique dégénérative la confinant à l'alitement et la régression. Elle vient très récemment de rechuter, acculée à état général précaire.

Le père s'est retiré très tôt de la vie de Christophe, ayant renoncé à son investissement dans le foyer pour voyager vers l'Amérique latine. Dans son discours, Christophe l'exclut de la relation d'autorité : « *Je n'obéissais qu'à ma mère* ». Il justifie d'ailleurs ainsi son violent refus de l'école et ensuite de toute institution: « *Je ne voulais pas céder, à personne* ».

Nous pouvons supposer le rôle renforçateur de cette position sur le plan narcissique, mais qui empêche la fonction paternelle de jouer son rôle d'ouverture au social.

La passion frustrée par et pour la mère, la haine et le refus du père et de son autorité montrent l'intensité des conflits œdipiens non dépassés. L'ambivalence de la relation à la mère (excitante–frustrante) gêne en les exacerbant, l'intégration des mouvements d'amour et de haine et favorise le clivage, typique des défenses limite.

III.G.3 Parcours de soins

La première hospitalisation remontait à son adolescence, il y a plus d'une dizaine d'années, alors qu'il vivait en région parisienne. Il s'agissait d'une prise en charge longue, de plusieurs années, alternant hospitalisations à temps plein et hospitalisations de jour, à une période où son désinvestissement social était particulièrement invalidant. L'objectif était alors de travailler sur la mobilisation des ressources et les capacités d'autonomie à l'aide d'un appartement thérapeutique. Mais Christophe a mis fin au projet prématurément en quittant la région vers 20 ans pour suivre Maryse.

A son arrivée, il a tenté de réamorcer un suivi dans la région mais qui a été rapidement avorté par le changement d'interne rencontré en CMP. Depuis, il consulte régulièrement le médecin traitant pour le renouvellement de *Risperidone* à 6 mg. Là aussi, le départ du médecin traitant il y a quelques semaines ne semble pas étranger au délitement du réseau précaire qu'il subit.

III.G.4 Clinique

- *aux urgences* :

Les éléments cliniques motivant le soin sous contrainte aux urgences sont notés ainsi sur le certificat :

« -hétéroagressivité à l'encontre de l'entourage

-éléments de persécution subaigus

-consommation cannabique chronique

-rupture de soins

-opposition aux soins »

De ce certificat, la symptomatologie aigüe semble se dessiner du côté du passage à l'acte, alourdi par l'addiction au cannabis. Au fil des entretiens, la clinique se précise.

- avant l'arrivée :

C'est une crise à manifestation hétéroagressive qui a motivé l'appel de SOS Médecins pour intervenir suite à une dispute ayant opposé Carlos à Christophe, dispute générée par le partage du temps de ballade du chien. D'un chien réel qui les oppose dans le présent, à une muselière symbolique qui les confine depuis sept ans à partager l'affection de la même femme, il s'agit néanmoins a priori du seul affrontement physique entre les deux hommes.

En revanche, les passages à l'acte générant des mouvements d'instabilité semblent nombreux dans son parcours, qu'il s'agisse du domaine professionnel ou social. Les changements de lieux, de domiciles ou de professions sont fréquents, jusqu'à l'arrivée en Loire-Atlantique, où l'installation en colocation semble par ailleurs l'avoir stabilisé. Cette période constitue avec celle du soin en secteur en région parisienne dix ans plus tôt les deux principaux moments de stabilité qu'il rapporte.

- lors de l'hospitalisation :

Les premiers échanges sont difficiles. Christophe supporte mal la chambre d'isolement, refuse l'autorité, s'adresse à nous en termes très crus et oblige ses interlocuteurs à jongler dans un équilibre entre fermeté et réassurance afin de maintenir un cadre acceptable.

Un autre élément nous frappe rapidement : l'importance des **douleurs** qu'il s'inflige ou se fait infliger tout au long de son histoire : des bagarres, une blessure grave à l'épaule, des douleurs

multiples gênant grandement sa scolarité et les tentatives d'activités professionnelles. A son arrivée notamment , il porte une écharpe d'immobilisation et une résine à la cheville après une chute dans un mouvement de fuite suite à l'intervention de la police.

Toutes ces douleurs ne sont pas équivalentes. Certaines paraissent subies et d'autres provoquées. Certaines paraissent surinvesties, et d'autres déniées.

Les premières (rachialgie, par exemple), outre une étiologie de type troubles musculo-squelettiques, pourraient être les effets corporels des tensions psychiques intenses (stress et angoisse) liées à son organisation psychique. Les secondes, les douleurs provoquées dans une ambiance agressive, évoquent un retournement sur son corps propre de la haine dirigée sur l'objet.

L'usage de toxiques semble chronique, mais là aussi variable. Le patient défend une consommation continue ces derniers mois, contemporaine de l'interruption du traitement. Elle s'installe surtout le soir, avant la période de recrudescence anxieuse au moment de l'endormissement, une « *angoisse du noir* ». Il y associe une fonction rituelle, rassurante et anxiolytique.

Au fil des jours, la sthénicité apparente cède la place à une **ébauche d'alliance** de plus en plus palpable. Devant le chemin frayé par la parole, au détriment des menaces par l'agir, nous élargissons le cadre. Christophe pourra progressivement nous faire part de l'apparition **d'angoisses de persécution** à l'œuvre ces dernières semaines, à l'origine d'un vécu d'étrangeté et d'hostilité devenus permanents. « *Je ne me sentais nulle part chez moi, tout le monde pouvait m'agresser, je devais me défendre en permanence* ».

Sur le plan synchronique, nous repérons une convergence de facteurs évènementiels récents : le départ du médecin traitant, la menace de départ de Maryse de la colocation, et la dégradation de l'état de santé de sa mère. Ces trois éléments ne sont pas du tout élaborés par le

patient, mais nous mettent sur la piste de la réactivation d'une angoisse de séparation prégnante.

→ Ainsi, son parcours biographique n'est certes pas sans évoquer un trajet psychopathique dans l'urgence. Mais à l'issue de cette crise jugulée par la protection dans l'institution, les éléments cliniques et psychopathologiques se remettent doucement en place pour dessiner un tableau qui semble être d'un autre ordre. En effet, cette crise, du registre apparent de l'agir, prend forme sur une trame caractérisée par la prééminence **d'une angoisse dépressive et d'une lutte contre l'abandon manifestes**.

C'est donc du côté du **trouble de personnalité borderline** que nous avons choisi d'inscrire le trouble de Christophe, dont le fonctionnement psychique s'articule autour d'un noyau « dépressif-limite », centré autour de la décompensation d'une dépressivité liée à un contexte traumatique affectif.

Pour détailler notre propos, nous proposons d'examiner d'un intérêt plus électif sur le plan clinique la question la **dépendance anaclitique** et de **l'angoisse d'abandon** auprès de l'objet incarné par Maryse. Puis, sur le plan psychodynamique, nous en déduirons les niveaux de défenses et les conséquences sur la relation d'objet. Enfin, nous proposerons quelques pistes permettant d'aménager la prise en charge en miroir des limites de contenance et de la sauvegarde narcissique.

III.G.5 Eléments génétiques

- Relation d'objet anaclitique

Sous ce terme, Bergeret évoque la nature d'une relation dans laquelle est rendu nécessaire l'appui, le soutien d'un partenaire, d'un interlocuteur, dans une dimension d'attente passive de satisfactions et d'une manipulation agressive.

L'intéressée, Maryse, tient depuis plusieurs années le rôle de **double**, lieu de toutes les projections et de toutes les idéalizations, mais aussi rôle plus **complexe** d'amie, de mère, de femme. Leur relation s'est fondée sur une confiance totale et nécessaire : « *Il n'y a pas de secrets entre nous* ». Christophe se repose sur elle par des sollicitations dans l'urgence d'un besoin, d'une recherche permanente de lien fusionnel massif, au risque sinon de voir surgir une angoisse intense de perte d'objet, d'abandon. « *Je ne supporte pas d'être séparé d'elle. Il faut que je l'appelle, que je lui envoie des messages ou des lettres, car elle seule peut me comprendre* ».

« La dépendance de l'objet crée, comme le dit BERGERET, une nécessité de proximité vitale » (102) : « *J'aurais voulu être près d'elle en permanence* ». Ainsi, son absence est d'emblée insupportable. Il revendique une attention exclusive, dans une avidité affective sans bornes. Malheureusement, quand elle ne répond plus à ses attentes, qu'elle va moins bien, cela entraîne chez Christophe des **réactions ambivalentes et des manipulations agressives plus ou moins dirigées**. Ces exigences d'exclusivité vont devenir de plus en plus sévères, ce qui réalise l'incapacité dont parle ALLILAIRE « à supporter toute frustration en excluant toute souplesse dans la distance relationnelle et la relation d'objet » (4). Une série d'évènements vient **mettre en péril cette dyade** : le retour à la maison de Carlos après plusieurs mois d'absence, les menaces de réhospitalisation de Maryse, le retour intempestif sur la scène triangulaire de l'ex-mari de Maryse, sont autant de variables qui ruinent l'équilibre de cette unité dyadique.

La multiplicité des pertes et des abandons successifs entre en résonance mutuelle pour générer le chaos chez Christophe. La **coïncidence des épisodes psychotiques** et des moments au cours desquels Maryse tente de s'en distancier n'est pas sans évoquer la mobilisation inconsciente agressive de Christophe pour susciter l'attention de Maryse. ALLILAIRE parle du secteur « relationnel anaclitique ayant la particularité d'une soumission à un partenaire véritablement placé en position parentale vis à vis du sujet, avec tout ce que cela comporte d'attentes passives, de besoins de gratifications, de recherches de manipulations effrenées ».

Maryse est assignée à un **rôle complexe de père-mère** : elle subviendra temporairement à ses besoins financiers, parce que symboliquement, l'argent prend un sens d'une preuve d'amour. Il lui rendra la pareille dans une recherche de compensation dès qu'il touchera son AAH, avant même l'achat du cannabis.

Christophe est un « écorché vif », réclamant sans cesse compréhension, respect, affection, soutien, attention.

Il se révèle chez lui un égal souci d'être aimé autant que d'agresser et de maîtriser. Il coexiste une agressivité et un immense besoin oral d'amour possessif, voir dévorant. Maryse est l'objet salvateur par excellence, celle qui maintient en vie, mais c'est aussi un objet ambivalent car si elle peut prodiguer l'amour, elle peut aussi conduire à la mort en défaillant ou en disparaissant : non pas une mort réelle, mais une mort psychique, une désorganisation brutale.

Cette avidité affective entre en résonance avec un profond besoin de réparation narcissique, due à l'inconsistance du sentiment de sa propre identité. Tout se passe comme si Christophe éprouvait sans cesse un intense besoin de **réassurance narcissique**, rappelant ainsi ce que BOUVET disait de l'état limite : « sujet qui a un continuel besoin d'apport narcissique et dont la régulation purement interne de l'estime de soi ne saurait être réalisée » (108).

- *Angoisse dépressive*

Elle est omniprésente tout au long de son parcours de vie. C'est une angoisse d'abandon, de perte d'objet, qui se justifie par l'établissement d'une relation anaclitique. « C'est une angoisse diffuse, flottante, permanente, qui infiltre toute l'existence » (8).

Il semble cohérent de rattacher l'envahissement par des idées suicidaires au moment où l'angoisse d'abandon a été au plus fort, à l'instant où Maryse a acté son souhait de rupture quelques semaines plus tôt en lui soumettant des dossiers d'inscription en logement social. Mais plutôt que de céder à la crise, il s'est tourné vers le soin en se rendant à l'hôpital. Arrivé sur place, il en est reparti aussitôt, soulagé transitoirement comme si tout avait été effacé dans un mouvement adaptatif dichotomique et clivé.

Durant ces années partagées avec Maryse, Christophe éprouve un besoin de réassurance constant vis à vis de la permanence du lien anaclitique, comme si ce dernier était sans cesse menacé de disparition. « *Je lui demandais des preuves qu'elle resterait avec moi* ». L'angoisse chez Christophe revêt aussi la caractéristique d'un sentiment de vide permanent, d'incomplétude, qu'il comble avec la mise en place de **rituels obsessionnels** que nous observons lors de son arrivée en chambre d'isolement. Face à cette angoisse envahissante menaçant l'identité d'être, le fonctionnement mental opère dans le champ du dérobement qui se concrétise par la fuite dans l'activisme. C'est ainsi que nous le voyons s'affairer auprès des autres patients, mettre systématiquement la table dans le patio à planter des fleurs, faire, défaire et refaire son lit au carré...

L'angoisse d'abandon pour lui semble avoir progressivement subi un crescendo, dont l'acmé s'est révélée à travers un profond bouleversement venu signer sa culpabilité de ne pouvoir

aimer et être aimé. Le désarroi vécu a pour conséquence d'accentuer la massivité de la dépendance à Maryse, mais ce lien ne comble pas le sentiment de vide intense pesamment ressenti au moment où elle lui a signifié le rejet, accentué par la menace de disparition de sa mère réelle.

Face à son espérance déçue, devant l'issue radicale de son implacable loi dichotomique du tout ou rien, il en résulte une sorte de rage narcissique vis à vis de cet objet considéré comme trop inaccessible. Et c'est ainsi **que l'agressivité subséquente a trouvé temporairement une issue dans l'agir.**

Probablement que les conséquences d'un passé malheureux ne sont pas loin. Ses difficultés résultantes dans le manque à être, dans le trouble identitaire et l'absence de relations affectives matures, relèvent d'une blessure narcissique précoce instillée par un accès à l'Oedipe perturbé. Ses difficultés trouvent une tentative de résolution auprès de Maryse, qui doit assurer pour lui un supplément d'être, incarner cette ambivalence et lui prodiguer l'amour qu'il réclame avidement.

Il oscille en permanence entre la revendication d'une relation fusionnelle et la crainte de sa perte, qui le confinerait à un sentiment de désespoir intense. Ce sentiment de désespoir, ou plutôt cette **angoisse dépressive**, est exacerbée par la tonalité basale de vide existentiel présente en permanence. « *A certains moments, je me sens découragé, je me replie, je ne veux voir personne* ». Il ne peut trouver l'expression d'une valorisation mégalomane et exclusive par l'objet qui l'a élu. L'échec de cette recherche de confirmation narcissique instaure une incomplétude qui fait écho à son enfance carencée. Sans cesse, il s'efforcera de **recréer cette unité symbiotique comme situation de complétude narcissique.**

→ Ainsi, la tonalité existentielle prévalente de Christophe n'est pas du côté de la transgression, de l'addiction ou de l'agir. Elle se nourrit avant tout d'une **dépressivité permanente**, tout en se distinguant d'un tableau d'état dépressif caractérisé dans lequel se rencontrerait une inhibition psychomotrice. Mais les pleurs réprimés, les idées suicidaires fluctuantes, le sentiment de vide, l'angoisse et la tristesse connotée de honte dont il nous fait part rappellent cliniquement ce noyau de dépressivité. L'étude de la relation d'objet et des mécanismes de défenses va nous permettre de saisir toute la grammaire dynamique de cette dépression-limite transperçant l'équilibre de dépressivité jusque là maintenu par des illusions affectives précaires.

III.G.6 éléments dynamiques

** Relation d'objet*

Nous sommes en mesure de distinguer deux moments clés signant l'évolution de cette relation d'objet. Elle a évolué entre l'arrivée du patient où elle s'étaye sur une **inflation narcissique**, marquée par la crudité des mots et le refus vis-à-vis de l'autre, et la sortie de chambre d'isolement, où s'est installée une forme **d'adhésivité**, de vérification de l'autre par le questionnement du cadre ou de sa présence réelle (sonnette de la chambre incessante).

L'arrivée en isolement s'impose comme une période propice pour déterminer **l'imaginaire de ses relations d'objets internes**. La soumission à l'autorité institutionnelle est immédiatement vécue comme une humiliation insupportable qu'il rejette en répétant : « *mieux vaut la souffrance que l'humiliation* ». La honte de la soumission à l'autorité est liée à des fantasmatiques sexuelles sadomasochistes (de « *viol* », « *prostitution* ») dont il parle avec des termes très crus. L'autorité se présente à lui comme toute puissante et dangereuse.

Mais par delà ces représentations d'imagos dans le champ paternel, se profilent des enjeux plus archaïques, car il poursuit : « *un monstre de femme à deux têtes et plusieurs bras, qui contrôle tout à la maison* » nous renvoyant vers des représentations monstrueuses de la mère toute-puissante évoquant des angoisses de perte des limites et d'engloutissement. En tant que référente médicale féminine, je me retrouve affublée de plusieurs fonctions : je « *ferais mieux d'aller faire le ménage, aux cuisines, de retourner m'amuser dehors* ». Le lien trouble et irrationnel qui l'unit à sa mère et qui envahit les figures féminines déroulantes signe le défaut de symbolisation des enjeux affectifs de cette relation.

➔ Ses difficultés à s'insérer initialement dans l'institutionnel, à se fondre dans la masse, au-delà de son rapport d'insoumission à l'autorité, sont sans doute liées à cet instant à une **angoisse de mort psychique par fusion et indifférenciation.**

A ce moment, les relations d'objet sont au fond **archaïques, angoissantes et mal différenciées.** Ainsi, en plus de l'expression de la réaction à la frustration précoce, la haine, le rejet de l'autre, auraient pour fonction de différencier et de reconstruire sans cesse les limites de sa subjectivité et de délimiter l'identité de l'objet et la sienne propre.

Le défaut d'étayage précoce associé au fonctionnement prégénital et à la carence de l'imaginaire convergent avec cohérence vers la mise en place très précoce d'une relation d'objet anaclitique, telle que nous l'avons développée précédemment.

- *Mécanismes de défense*

- Le premier mécanisme évident nous apparaît dans le **clivage.**

Chaque entretien confirme en effet la coexistence chez Christophe de deux systèmes de représentations totalement opposées : l'un bon et l'autre mauvais. Ces deux systèmes sont alternativement utilisés et donnent lieu à des revirements dans un registre en tout ou rien. Cela se manifeste par des comportements peu nuancés, impétueux.

Tout se passe comme si chez Christophe coexistaient deux Moi : **le Moi sauveur**, protecteur, projeté sur Maryse, et le **Moi régressif**, adolescent consommateur et opposant. Il projette sur Maryse des images, tantôt en mère nourricière, tantôt en amie double de lui-même. Elle est placée sur la scène de sa vie comme un pivot, point de jonction entre Moi et Surmoi, entre réalité intérieure et extérieure. Dès qu'elle menace de ne plus jouer ce rôle de Moi protecteur, sa survie narcissique est mise en péril.

Le mauvais objet est projeté au dehors, lieu des identifications déçues et de toute l'agressivité, qui rend l'environnement intolérable. Le clivage, tant qu'il est opérant, permet de réaliser un moyen de lutte contre la diffusion de l'angoisse et une protection par rapport à l'incomplétude narcissique.

A plusieurs reprises Christophe évoque avec tristesse le désintérêt que lui portait son père, qui s'est soldé par un rejet à l'adolescence. Face à ce double manque, il a construit un père idéal (un père « *au top* », « *il avait tout pour lui, et il donnait aux autres*») en clivage avec les imagos paternelles dévalorisées.

Ce type d'investissements objectaux se réactualise à plusieurs reprises dans sa vie : **les figures paternelles ne peuvent être qu'un idéal auquel il s'identifie**, ou, si elles sont trop réelles, des moins que rien à l'aune desquelles il se valorise. Une ultime relation décevante de ce type l'a amené à conclure : « *Mon propre père c'est moi, c'est moi qui me donnerai mon image de père* », en référence au frère de Maryse auteur de violences sur sa femme et sa fille, face auxquelles Christophe s'est vu investi du statut de mari et de père de remplacement. Cela peut également refléter le **refus d'une altérité insoutenable**.

L'effet serait alors double : éviter la dépression narcissique en annulant l'écart entre le soi et les idéaux, mais aussi éviter la confusion identitaire psychotique du fait d'investissements objectaux trop intenses.

- L'idéalisation :

Par ce mécanisme, les objets externes apparaissent comme parfaits, et donc hors de portée du risque de destructivité : « *Maryse est forte, résistante, gentille, généreuse, c'est une femme en or* », soit pourvue de toutes ces qualités qui la rendent si parfaite. Mais lorsqu'elle défaille, vacille, il n'en faut pas plus pour réactiver l'angoisse destructive et projective.

- L'identification projective :

Carlos sera la cible privilégiée de ce mouvement, mouvement d'ailleurs étendu rapidement à l'ensemble des voisins peu avant l'admission aux urgences. Christophe lui attribue ses craintes délirantes au moment de son récent accès psychotique aigu, ce qui permet d'externaliser les images de soi mauvaises et agressives : « *Il est devenu fou, agité, incontrôlable !* ».

Bilan dynamique :

Ce cas clinique est éloquent pour souligner le point de proximité entre trouble borderline et psychose, qui se situe au niveau du **clivage et du déni**. La difficulté est de définir une **structure stable** où ces mécanismes font déjà partie d'un véritable morcellement psychotique assez bien adapté, de l'aménagement limite **sans morcellement réel**, avec instabilité des mouvements défensifs et projectifs et une **orientation relationnelle beaucoup moins objectale qu'anaclitique**.

Les épisodes psychotiques aigus prennent forme chez Christophe sur une personnalité limite, qui se décline à travers une richesse symptomatique polymorphe. Malgré ces épisodes transitoires, le rapport à la réalité externe et à la réalité interne de Christophe, tant au niveau matériel, relationnel et affectif paraissent globalement assurés et stables en dehors des accès aigus et des consommations massives de toxiques. Ce fonctionnement a d'ailleurs perduré plus de sept ans.

→ Nous retrouvons **l'expression symptomatique d'une dépressivité**, à travers le domaine des inhibitions et des immaturations affectives, consécutives à un Idéal du Moi gigantesque, à un Moi déformé mais non morcelé. **L'angoisse** repérée est bien de nature abandonnique, de perte d'objet. Elle s'accompagne d'un mode de **relation d'objet de type anaclitique** avec obtention passive des satisfactions procurées par cette relation de dépendance. Enfin, les mécanismes de défense prédominants sont ceux de la préservation du Moi dans un registre flirtant avec l'archaïsme du clivage et de l'identification projective.

→ Sur le plan fonctionnel, l'hypothèse de la dépressivité prédominante semble être la plus évidente. Elle se traduit par un mode d'expression du symptôme selon une dialectique agir/dépression. Christophe se défend alors **contre une dépression essentielle** en utilisant des mécanismes de défense primaires centrés sur le clivage de l'objet et l'identification projective. Il vit dans un mauvais film hollywoodien peuplé de héros purs et parfaits, et de méchants féroces. Les personnes qui l'entourent sont tout bons, ou tout mauvais, ce qui lui évite ainsi de se confronter à son ambivalence affective. Dans le prolongement, il idéalise certains soignants qu'il considère comme parfaits. Ces objets idéalisés lui servent de support identificatoires narcissiquement gratifiants.

Le fonctionnement limite de Christophe est fait de négativité (les failles) et de positivité (la compensation). Ses capacités d'adaptation à un cadre, ainsi que son engagement d'aide auprès

de son voisinage et des associations semblent exprimer le **potentiel de positivité** de son organisation. Ses **moyens de compensation** se déclinent sous forme de défenses, dégagements, satisfactions, et aménagements... Ils ont une certaine efficacité mais ils portent en eux, non seulement leurs limites mais aussi le risque de leur glissement pathogène et de **l'effondrement narcissique**, imposant des réaménagements à certains moments de la vie. Les **somatisations** drainent les tensions provoquées par ce déséquilibre. S'il ne parvient pas à retrouver son équilibre, voire à s'en sortir par une meilleure intégration psychique, deux voies de pathogénie narcissique risquent de se déployer :

- la première le soumettrait massivement aux aléas de sa propre haine et il **s'attaquerait de plus en plus violemment** (somatisation, mises en danger...). C'est la conception de KERNBERG favorisant l'idée d'un déséquilibre entre les investissements agressifs et libidinaux du soi (7).

- l'autre voie est celle d'une dynamique désobjectalisante, vers une **dépression essentielle**.

➔ Ainsi, chez ce patient, dépression et agir se conjuguent dans une problématique similaire, réifiant dans le corps la lutte contre l'abandon.

III.G.7 Perspectives de soins

L'intérêt initial de cette rencontre procédait de la difficulté à nouer cette reprise de lien avec l'institution. En effet, après plus de sept ans sans hospitalisation, celle-ci s'est imposée initialement dans le registre de la crise, de l'aigü.

Pour accéder à cette alliance, plusieurs étapes se sont succédées.

- Tout d'abord, nous avons tissé un maillage de sécurité et de contenance. Nous avons prodigué des soins d'urgence (la restauration de la résine, le soin des plaies) qui ont constitué le premier contenant des agirs. Ce moment est apparu comme une opportunité propice à la constitution du lien. De plus, par le truchement d'une garantie de survie de notre statut, de l'auteur des soins, ce moment de réparation a autorisé la réintroduction d'un travail **d'élaboration de l'ambivalence face à l'objet**, le dépassement d'un état de régression schizo-paranoïde et le début d'une intégration de ses motions agressives.

- Ce cadre s'est imposé comme un moyen de conjurer les effractions psychotiques par une concordance de moyens.

Tout d'abord, sur un plan biochimique, la régulation dopaminergique garantie par l'arrêt des toxiques et l'ajustement du traitement par neuroleptique a abaissé le seuil de sthénicité et d'anxiété. Il faudra attendre plusieurs jours de bithérapie par *Loxapine* et *Risperidone* à doses importantes (250 et 8 mg respectivement) pour obtenir une stabilisation clinique et une négativation des toxiques urinaires.

Ensuite, la contenance du cadre telle qu'elle a été décrite ci dessus a posé une garantie linéaire, rompant avec l'immédiateté de la crise. Enfin, la mise en place d'une double référence médicale homme/femme lui a offert la possibilité de dialectiser l'ambivalence.

- C'est dans un second temps, concomitant de la sortie de la chambre d'isolement, que s'est déterminée la **construction du projet de soin** dans l'alliance thérapeutique. Il s'agissait de l'extraire d'une position de passivité face à l'angoisse dépressive dont il ne pouvait se dégager autrement que par l'agir ou l'addiction.

Briser les mécanismes de défense s'inscrivait comme une aporie. Nous avons très progressivement accompagné leurs fluctuations, respecté leur mobilisation et ainsi pu

discerner le niveau de **fragilité du Moi** qui nous permettrait de convoquer les éléments de réalité.

Ainsi, la première partie de l'hospitalisation est vécue comme une relation impossible à un objet menaçant, intrusif, vecteur de déliaison. Et quelques semaines plus tard, le corps hospitalier devient idéalisé. Le cadre fait progressivement tiers, autorise d'abord une régression par la CSI, puis le travail sur l'articulation dedans/dehors pour nuancer la menace d'envahissement permanent de l'objet. Cette transition ne fera pas l'économie de quelques attaques, transgressions, mais non dans la dimension jouissive de la défiance des règles, plutôt dans la recherche de confirmation de la solidité du cadre.

- Nous avons également compris qu'il était impossible de nous substituer symboliquement à la place de Maryse, d'anticiper ses positions ou même de la réintroduire dans le réel de l'hospitalisation. Car d'une part la frontière interne/externe était encore trop ténue, et d'autre part Maryse elle-même était prise dans les tourments de l'ambivalence! Nous ne pouvions ni l'ériger en partenaire, ni la dénier du réel, car celle-ci souffrait d'une ambivalence incessante dans ses positions : tantôt elle annonçait à Christophe son départ, tantôt elle lui proposait de revenir avec elle. C'est d'ailleurs le jour où elle avait annoncé sa venue dans l'unité, pour une première visite, que devant son absence signant de façon évidente et lapidaire son changement de position, Christophe a quitté l'unité en fuyant par la porte de sortie.

C'est dans ces conditions, le lendemain de la mise en place du programme de soins, que s'est actée la fin de l'hospitalisation. Le soir même, je reçois un appel téléphonique hésitant et anxieux. Il s'agissait bien de Christophe, qui, dans un élan désespéré, était parti derechef en train rejoindre son père en région parisienne. Il m'explique sa crainte de subir l'assaut de la police, et surtout le poids de son angoisse convoquée massivement, brutalement devant l'absence réelle de Maryse. Il reviendra le lendemain en consultation, au cours de laquelle

nous avons clôturé l'hospitalisation, tout en conservant temporairement le programme de soins. En effet, ce programme participait manifestement à l'appropriation d'un cadre, et surtout à la perdurance d'un lien l'unissant au soin, au delà des frontières géographiques et intrapsychiques.

L'alliance ainsi créée a permis d'accompagner les mouvements de réalité, le passage de la mise en danger à la demande d'aide. Il ne se refuse plus « à céder devant personne » jusqu'à l'effondrement total du début d'hospitalisation. Il renonce au prix à payer de l'illusion de la liberté et supporte enfin de formuler une demande d'aide et de s'engager dans une relation de soin.

Tout l'enjeu des prochaines consultations sera de maintenir ce juste équilibre entre contenance et transitionnalité, sans risquer l'enfermement régressif ou l'abandon dépressif.

III.H. POUR UNE LECTURE EN NOYAUX

Ce dernier cas clinique se révèle assez paradigmatique des enjeux symptomatiques à l'œuvre dans le trouble de personnalité borderline. D'un tableau bruyant où prédominent les agirs dans un contexte diagnostique peu clair, nous avons pu, grâce au levier proposé par la lecture en noyaux, donner sens à ces symptômes.

Nos deux autres cas cliniques confirment l'intérêt de cette lecture, en se dégageant de la contrainte du diagnostic pour s'appuyer sur les éléments structurels et fonctionnels, guidant la détermination des noyaux de l'agir, addictif et dépressif pour rendre compte des différentes facettes de la dépendance anaclitique.

La métaphore du noyau s'origine dans un triple constat :

- La nécessité de partir de la clinique pour accéder à une compréhension du sujet cédant une place au sens et à la pensée.
- L'existence préalable d'entités pouvant servir de supports théoriques (concept de personnalité-limite-addictive, de dépression-limite...)
- La cohérence avec les contraintes posées par les frontières, développées dans la première partie. En effet, la métaphore du noyau prend en compte ces frontières, car elle est cohérente à la fois avec la question structurelle, en s'intégrant en particulier aux enjeux de l'adolescence, et avec la question fonctionnelle, en aidant à soutenir une réflexion pour une recherche de sens. De plus, elle tient compte des oscillations entre processus primaire et secondarisation dans lesquelles le sujet limite est bien souvent happé.

Nous rappelons qu'il s'agit d'une approche non holistique mais dont l'aboutissement se profile vers une réflexion sur le choix thérapeutique et la relation contre-transférentielle.

Les implications de cette approche résident d'abord dans la volonté de replacer le trouble borderline dans une perspective concrète, répondant à une logique à la fois de temps (un noyau peut suivre l'autre) et d'espace (plusieurs noyaux peuvent co-exister).

Concrètement, elle apporte une réponse à la question des **comorbidités**, mais surtout à celle de **la nécessité de privilégier non pas le diagnostic mais la thérapeutique**.

Ainsi, la question des développements théoriques vise finalement à une représentation de la prise en charge selon deux voies :

- ➔ Celle de l'ajustement des éléments qui la composent (cadre, alliance, outils, espaces..)
- ➔ Celle de la revalorisation des facteurs **psychologiques** pour lesquels la **valence protectrice** pourra être exploitée (relation d'objet et mécanismes de défense, mais aussi fragilité

narcissique et autoérotismes), et ainsi sur lesquels l'action thérapeutique exercera un levier essentiel : celui de la résilience (49).

IV. QUATRIÈME PARTIE : PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Notre travail, en dégagant une partition à trois noyaux, nous incite à requestionner la prise en charge en fonction des variations de la mélodie complexe jouée par le patient borderline. Par exemple, l'intervention stratégique axée sur l'adaptation et la contenance pourrait s'avérer une option de choix lorsque le patient est continuellement dans l'agir, mais ne devrait pas empêcher une éventuelle ouverture s'il commence à démontrer une capacité à contenir ses affects et ses angoisses.

Le repérage de nos noyaux représente un outil clinique et stratégique facilitant le travail d'ajustement des objectifs, du cadre, et de la relation thérapeutiques dans la prise en charge du trouble borderline.

Nous rappelons au préalable qu'il n'existe pas de schéma-type, de consensus, de la prise en charge de tels patients. Selon les sujets et les options théoriques, les grandes lignes du traitement varient notablement. Néanmoins, certaines considérations restent valables quelles que soient les modalités de prise en charge. Elles impliquent une double approche chimiothérapique et psychothérapeutique. Elles témoignent en particulier de l'attention portée aux troubles du comportement (notamment aux actes autoagressifs), à l'angoisse et ses modalités de résolution, et à l'accès à une forme d'altérité grâce à une réflexion impliquant :

- un contrat de soins préalable
- un travail sur le relation thérapeutique
- un cadre de soins éprouvé

IV.A. CONSTATS ET RESUMÉS DES GUIDELINES

Le changement d'une conception psychanalytique du trouble borderline en un syndrome psychiatrique a modifié l'approche thérapeutique. D'une part, la cure type psychanalytique a fait l'objet de remaniements, et de l'autre la démarche psychiatrique a réhabilité tout un dispositif de soins, gage de diversité et de complémentarité.

Le Work Group on Borderline Personality Disorder de l'APA a publié en 2001 l'état des connaissances actuelles et les recommandations (« guidelines ») concernant la prise en charge du trouble de personnalité borderline. Ce travail a précisé ce qu'il ne fallait pas faire, à défaut de ce qu'il fallait faire, et souligné de facto la nécessité de faire preuve de capacité dialectique plutôt que de se cantonner à des positions polarisées et radicales.

Il a confirmé l'intérêt de l'évaluation, de l'hospitalisation à temps plein, du contrat de soins et d'une stratégie pluridisciplinaire (109).

IV.A.1. L'évaluation

Elle s'appuie sur l'ensemble des données cliniques et psychopathologiques issues de la rencontre avec le patient. Elle fait écho au développement de ce travail, afin de cibler d'une part le champ symptomatique, en particulier les troubles comportementaux, et d'autre part le risque suicidaire, les comorbidités de l'axe 1 et 2, les facteurs de stress psychosociaux et le réseau de support. Dans un troisième temps, elle intègre les conflits intrapsychiques, les mécanismes de défense, la relation d'objet, et les lignes de fonctionnement du trouble, et nous renvoie alors logiquement à notre repérage fonctionnel et structurel.

IV.A.2. Les indications d'hospitalisation

La plupart des patients borderline intègrent un temps d'hospitalisation dans leur parcours, émanant soit du patient lui-même, soit de l'entourage, contraint ou libre. Les recommandations sont en faveur d'une étape courte, intégrée dans le réseau pluridisciplinaire. Elles défendent certaines indications, indications par ailleurs peu spécifiées dans la littérature :

- des hospitalisations centrées sur la résolution de la crise, en particulier face à des facteurs d'urgence suicidaire, puisque le taux de létalité est supérieur à 8%.
- en cas d'aggravation clinique (mise en danger, épisode dissociatif aigu, majoration de l'impulsivité...).
- en cas de nécessité de sortir du cadre de la relation duelle pour bénéficier d'une approche plurifocale.

IV.A.3. Le contrat de soin préalable

Le guide recommande d'impliquer le patient en tant que partenaire, voire co-thérapeute via l'établissement d'un contrat de soin initial. Pour cela, ce dernier doit rapporter conflits, écueils de fonctionnement et changements de vie significatifs, tout comme le clinicien doit offrir explications relatives au traitement et empathie. Ainsi l'établissement du contrat vise autant à protéger le thérapeute que le patient des aléas de troubles relationnels et des risques d'intrusion, menace et ruptures. Ce contrat doit s'attacher à déterminer les objectifs des séances avec les moyens mis en œuvre par chacun, mais aussi leur organisation, la disponibilité du thérapeute en dehors des heures de travail et enfin un plan de gestion des crises.

Cet intérêt porté à la crise renvoie aux recommandations de KERNBERG et de LINEHAN de traiter en priorité les actes destructeurs pour le patient, le thérapeute et la thérapie avant de traiter d'autres problématiques. Concrètement, il s'agit de formuler dès le début de la prise en charge les attentes mutuelles entre thérapeute et patient lorsque surviendra la crise. Pour cela, le psychiatre s'appuiera sur l'évaluation :

- de l'urgence
- des facteurs de risque (comorbidités de l'axe I notamment)
- des facteurs protecteurs (personnes ressources notamment)
- des motivations du patient
- du seuil jusqu'où lequel le patient pourra assurer sa sécurité sans intervention extérieure (29).

Néanmoins, le guide ne tranche pas pour un protocole spécifique de gestion des crises, en raison du risque de régression, et surtout du fait que l'hôpital n'évitera pas nécessairement un agir. Les auteurs insistent également sur la vigilance à ne pas centrer toute l'intervention sur la prévention du suicide, en raison du risque **de renforcer le potentiel suicidaire**, en les privant d'un **précieux mécanisme de coping**. Selon FINE et SANSONE (1990), certains patients borderline ont besoin d'être suicidaires. Quand on n'a aucun pouvoir sur sa vie, on peut au moins choisir sa façon de mourir. Pour certains patients, seul le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet de continuer à vivre.

L'essence de ce type de contrat réside dans l'aveu officiel d'impuissance du thérapeute en l'absence de collaboration du patient, et la nécessaire responsabilisation de ce dernier dans le processus de soin. Celui-ci par son attitude pourra obtenir le meilleur du thérapeute ou au contraire être responsable des aléas de la prise en charge. L'intérêt d'un tel dispositif consiste

ainsi à redonner au sujet une place active, par un engagement mutuel qui prendra au sein du cadre de soins une véritable valeur d'espace transitionnel.

IV.A.4. Stratégie plusridisciplinaire

Les recommandations de l'APA insistent également sur l'intérêt d'une stratégie pluridisciplinaire répondant à certains critères :

- La thérapie comportementale et dialectique qui cible le trouble de contrôle des émotions, est surtout efficace chez les patients borderline avec antécédents d'automutilations sévères (68). La finalité, rappelons-le, consiste à rétablir le dialogue avec le patient pour développer des solutions alternatives aux problèmes générant les émotions repérées. Il peut s'y associer une démarche de renforcement positif par une permanence téléphonique (110).
- Chimiothérapie adaptée aux symptômes les plus invalidants.
- La thérapie psychodynamique, sous forme d'hospitalisations partielles à orientation analytique, permet de dépasser la difficulté d'une approche dialectique en ambulatoire chez ces patients avec conduites suicidaires fréquentes. Elle vise, en sus de l'amélioration des symptômes dépressifs, à valoriser le fonctionnement interpersonnel par la réduction du nombre de jours d'hospitalisation.

En conclusion, les recommandations suggèrent de privilégier l'association psychothérapie et traitement médicamenteux. Néanmoins, ces mêmes études démontrent qu'une amélioration significative ne peut être perçue qu'après environ un an de psychothérapie. Or plus des deux tiers des sujets engagés dans une psychothérapie abandonnent après quelques mois.

La question de la relation thérapeutique et des facteurs qui l'entretiennent doit donc constituer un axe majeur de la prise en charge. Nous avons pris en considération les aspects didactiques

et protocolaires du soin. Mais, à l'image d'une technique de solfège, la mélodie ne pourra éclore que par la partition jouée entre soignants et patients.

IV.B. UNE THERAPIE PAR LA RELATION A LA MESURE DE LA PATHOLOGIE DU LIEN

IV.B.1. l'alliance

IV.B.1.a. Intérêt du travail sur l'alliance thérapeutique

L'établissement d'une relation collaborative avec les patients borderline constitue le premier enjeu thérapeutique de leur prise en charge, au point d'être qualifiée de « mythe » (111). Le concept d'alliance thérapeutique est donc primordial dans la garantie du traitement. Il est basé sur un attachement ancré dans la réalité, et se distingue ainsi du mécanisme inconscient du transfert.

L'alliance représente un gage de succès thérapeutique chez nos patients en **autorisant un changement**. Elle n'est pas en elle-même curative, mais constitue un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer à la prise en charge et poursuivre son traitement. Elle mobilise les interactions patient/thérapeute, thérapeute/famille, famille/patient afin de créer un véritable **partenariat contre la maladie**. Ses cibles sont autant indirectes - en constituant un prérequis indispensable pour permettre au patient de s'orienter dans la durée d'une prise en charge souvent tortueuse - que directe en potentialisant l'efficacité du traitement médicamenteux ou de la thérapie.

L'alliance thérapeutique repose sur l'interaction de trois composantes (112) : les buts de la

thérapie, les tâches ou rôles de chacun et le lien, qui rend compte de l'engagement de chacun dans cette prise en charge. L'interaction de ces trois dimensions, travaillée dès la pose du contrat initial, structure ainsi le processus thérapeutique : la qualité du lien agit comme un médiateur afin que le patient investisse son rôle nécessaire à l'accomplissement des buts du traitement. Dans le trouble borderline, pathologie du lien par excellence, le travail sur l'alliance a toute sa place.

IV.B.1.b. Obstacles à l'alliance

67 % des patients limite abandonnent leur thérapie dans les trois premiers mois. Ce taux est deux fois supérieur à celui des autres troubles de la personnalité et du groupe des névroses et plus de quatre fois supérieur à celui des patients schizophrènes (113). A l'image d'une mécanique rouillée, le repérage des engrenages dysfonctionnels implique :

→ *Le patient :*

Les mécanismes d'idéalisation, de clivage et d'identification projective assignent la relation au thérapeute à une instabilité dans le temps. A cet égard, BENDER considère que l'alliance précoce ouvre en effet « une série de fenêtres d'opportunités thérapeutique, susceptibles de se refermer au fil des séances » (114).

→ *Le thérapeute :*

Dans ce contexte très aiguë au niveau intersubjectif, les caractéristiques personnelles du thérapeute peuvent évidemment entrer en ligne de compte pour favoriser l'alliance, en particulier la flexibilité, l'assurance, l'empathie, la congruence et l'estime du patient. Au contraire, la rigidité, l'incertitude ou la tension chez l'interlocuteur soignant sont des facteurs péjoratifs sur le devenir de l'alliance.

→ *Les techniques thérapeutiques:*

Par ailleurs, certaines techniques thérapeutiques semblent influencer péjorativement sur l'alliance, notamment le défaut de reformulation, la mise à distance des succès thérapeutiques passés, le manque de justesse des interprétations, le peu de facilitation de l'expression des affects et de l'attention portée aux expériences du patient.

IV.B.1.c. Comment assurer une bonne qualité d'alliance collaborative ?

Tout d'abord, il semble opportun d'ajuster les interventions **en fonction des mécanismes de défense** des patients et de l'évaluation du degré d'alliance initial. Ainsi, en présence d'une alliance basse et/ou d'un degré de fonctionnement précaire, le thérapeute devrait utiliser des interventions plus soutenantes (réflexion, clarification, empathie, encouragement). En revanche, une forte alliance chez un patient moins fragile serait propice à des interventions plus interprétatives, qui offrent un gain plus élevé d'introspection, mais plus à risque de transfert élevé ou d'abandon.

De plus, un travail sur les **croyanances** du patient doit être prodigué en parallèle, parce que l'assiduité irrégulière et les abandons de la thérapie sont souvent liées à la crainte d'être puni ou abandonné par le thérapeute ou à des attitudes autopunitives. Ce travail sur les croyances aide le patient à prendre connaissance que la mise à distance de la thérapie empêche précisément leur correction, et il accompagne au mieux le sujet dans son équilibre précaire entre le désir de s'ancrer dans une relation stable et confiante et la peur méfiante qu'elle lui inspire.

→ En conclusion, l'alliance thérapeutique établie avec le patient ne constitue pas en soi une condition nécessaire et suffisante du changement. Mais l'interaction mutuelle entre les techniques thérapeutiques et l'alliance collaborative facilite le processus d'amélioration clinique chez les sujets borderline, et ce, **quelle que soit la technique choisie.**

IV.B.2. Les attaques du cadre

Elles sont fréquentes et peuvent advenir sous plusieurs formes : comportements impulsifs transgressifs, remises en question critique de la thérapie, ruptures, régression...

IV.B.2.a. Ruptures

Plusieurs études montrent qu'entre 22% et 63 % des patients ne reviennent pas après un premier contact avec des services de soins psychiatriques et que 18 à 50 % des patients qui entrent en institution abandonnent avant les trois premiers mois (112). En plus d'induire un épuisement chez les soignants impliqués, ces ruptures entretiennent le sentiment d'échec aiguë des patients.

IV.B.2.b. Régression

Passivité, clinophilie, troubles alimentaires, multiplication des arrêts de travail, la régression fonctionnelle est prévisible lors de l'engagement du patient dans le processus de soins ou bien lorsque l'implication des thérapeutes est atténuée. Ces comportements traduisent la position du patient qui s'en remet au soignant, dans l'idée que l'instance soignante pourra subvenir à tous ses besoins.

Ce risque régressif est de surcroît intimement lié aux croyances du patient, de sa famille, et parfois même des soignants à propos de la guérison. Imprégné par le modèle de la maladie somatique, le patient attend passivement d'être totalement pris en charge et guéri. Il se déresponsabilise de son état et de son évolution sur le soignant, mué alors en « sauveur », nécessairement décevant. Cette démarche réductrice consistant à penser la prise en charge du

trouble borderline comme une maladie somatique dénie la dimension bio-psycho-sociale et expose massivement le patient au risque régressif. Ces patients « s'enfouissent » dans le thérapeute jusqu'à trouer le corps soignant. Ces situations posent la question des limites du contrat et du degré d'intervention du thérapeute, à la fois en terme d'étayage, de cadre et stratégie thérapeutique (intervention familiale ou professionnelle).

Les questions autour de l'accompagnement de ce mouvement régressif convergent vers une interrogation fondamentale : **Quand devient-il nécessaire d'imposer la loi du dehors pour calmer la désorganisation toujours latente du dedans ?** Les contributions du **cadre de soin** aideront notre réflexion à cheminer sur cette route vertigineuse des limites.

IV.B.3. Obstacles à la relation thérapeutique

L'équilibre entre empathie et neutralité est aussi essentiel que claudicant pour tenter de contenir la vulnérabilité narcissique. Cette position nécessite d'observer à la fois le patient, son propre vécu de soignant, et la relation, le tout avec suffisamment de proximité pour être empathique, et autant de distance pour ne pas confronter le patient à une intolérable intrusion. Ces efforts vont interpeller le soignant au-delà de son savoir-faire, jusque dans son savoir-être. Ce dernier vit des émotions en tant qu'être humain, d'autant plus que le style relationnel chaotique mis en place par le patient se manifeste de la même manière avec le soignant qu'avec l'entourage naturel : émouvants, irritants, régressifs, hyperconformes, décourageants, préoccupants, passionnants et même parfois un peu tout cela en fonction du moment... Tels que les a formulés KAPSAMBELIS nous reconnaissons les obstacles inhérents à la relation thérapeutique sous forme (104) :

IV.B.3.a. D'une demande relationnelle toute en ambivalence

Le patient borderline, au contraire du patient psychotique qui rejette l'investissement de l'autre vécu comme trop dangereux pour son intégrité, accepte et recherche la relation. Il pense de surcroît que la solution à ses problèmes réside au sein même de cette relation thérapeutique. Mais l'objet, si ardemment recherché, ne peut se révéler que mauvais, inefficace ou indifférent à ses souffrances. Voilà l'équation relationnelle que le soignant doit résoudre avec le patient borderline. L'inconnue prend forme dans cette ambiguïté : le patient est demandeur, pourtant, il peut se retrancher à la première occasion, sous formes de paroles et surtout d'actes. A l'image de Mme L., il ne se présentera pas aux hospitalisations programmées, mais sollicitera le thérapeute en urgence deux jours après...

IV.B.3.b. Du brouillage des places

Le soignant est convoqué à une place d'idéal. Il serait celui qui, enfin, échouerait là où tous les autres ont échoué. Tout repose sur la toute puissance déposée en lui. Mais « la réussite d'une prise en charge par une relation d'accompagnement de la vie ordinaire n'est possible qu'à la condition que l'on prenne en considération son nécessaire échec, dans un deuil de l'idéal de la mère dévouée » (115).

En écho à ce qu'appelait Maeva dans le cas clinique, nous ne pourrions soigner ces patients qu'en renonçant à l'idéal de mère dévouée, place pouvant être favorisée par l'institution et son système d'étayage. « Le soignant échoue obligatoirement à tenir cette place impossible. Sa réussite ne peut advenir qu'à partir du travail de deuil portant sur cet échec, travail qui introduit l'ordre symbolique. C'est de la somme de cet échec qu'advierait sa réussite ».

IV.B.3.c. D'une demande relationnelle hétérogène

KAPSAMBELIS développe trois modalités particulières de la formulation de la demande de ces patients (104):

- Une demande de confirmation

Le patient demande à l'autre qu'il soit disponible, présent dans une temporalité ininterrompue. Cette contrainte sous-tend que l'autre doive renoncer à tout désir pour se consacrer exclusivement au sujet. L'objet idéal serait donc dans l'absolu un être inanimé, toujours à disposition.

Sa vitalité risque d'entraîner des passages à l'acte brutaux. Le danger de ce type d'attente réside dans le caractère tyrannique de la demande, l'épuisement de l'équipe, ou le débordement de la relation soignant-soigné lorsque certains soignants se donnent de façon excessive.

- La réparation

L'autre est considéré comme garant d'un certain nombre de qualités, mais qu'il n'a pas fournies au sujet. Il devient donc coupable par défaut. Cette attente réactive la question de la promesse non tenue, de la trahison, de l'abandon. Les dommages attendus se profilent vers la vengeance, la position de « dommages et intérêts », et surtout en contrepartie le clivage de l'équipe : certains chercheront à comprendre, d'autres à frustrer. Ces attitudes varieront selon la rencontre entre la subjectivité du soignant et la particularité du fonctionnement mental du patient.

- La vérification

Le patient cherche à mettre à l'épreuve la relation pour éprouver l'objet, dans tous les sens du terme, avant de lui accorder sa confiance. Mais il court le risque d'induire un épuisement, et à terme un rejet.

IV.B.3.d. D'une inadéquation des savoirs et des savoir-faire

Selon l'auteur, la difficulté première relève du désaccord entre ce qu'il nomme notre « technologie de soins » et les besoins des patients. Il constate que les bases du soin de secteur en psychiatrie se sont développées initialement à partir du travail avec les patients psychotiques. Or, les patients borderline ne requièrent pas les mêmes savoirs ni les mêmes savoir-faire que les patients psychotiques. Selon lui, les constats d'échecs thérapeutiques, de conflits avec les soignants, de frustrations pour le patient, sont certainement imprégnés par cette inadéquation.

→ De ce fait, ce constat oblige à remettre en question l'articulation dedans/dehors que le secteur a fondée en réponse à la pathologie psychotique, pour la remodeler dans une dialectique quelque peu différente pour le patient borderline : non dichotomique, favorisée par un jeu **d'allers-retours à la lumière des étayages possibles du patient**, et en adéquation avec une organisation d'équipes soignantes supervisées et formées à de nouveaux outils thérapeutiques.

IV.B.4. Le contre-transfert

Le patient limite, lorsqu'il le fait, investit la relation thérapeutique de façon entière, absolue, que ce soit positivement ou négativement. L'intensité des réactions émotives ou contre-

transférentielles déclenchées chez les cliniciens qui interagissent avec ces patients est alors vive. MASTERSON déclarait dernièrement qu'une partie de la littérature sur les patients borderline décrivait plus les réactions des thérapeutes que les patients en tant que tels (116) ! Cette réalité n'est pas un problème en soi, mais peut le devenir si elle est ni comprise, ni utilisée adéquatement.

Pour le thérapeute d'orientation psychodynamique, la prise de conscience de son contre-transfert est un outil essentiel à la démarche psychothérapeutique avec le patient limite. Tout comme l'acting-out du patient est une réponse globale au thérapeute, le contre-transfert du thérapeute au patient inclut « toutes les réactions émotives du thérapeute qui entravent son travail thérapeutique avec le patient » (MASTERSON, 1983 dans (116)).

Quand le thérapeute perd sa neutralité et agit à partir de ses émotions, il en résulte un mouvement contre-transférentiel. WINNICOTT élaborait ces défaillances de l'analyste, les pensant comme des mouvements de **réparation des défaillances de l'environnement primaire** (vase brisé remplacé, séances rallongées), et, comme telles, nécessaires à une reprise élaborative. Il fut également le premier à reconnaître la haine dans le contre-transfert et les difficultés de son maniement. Il semble que l'acte soit au cœur de ce contre-transfert, acte **gratifiant ou réparateur** plus impliqué que tout autre dans les mouvements de haine et leur contre-investissement. □

Précisons que notre intérêt dans ce travail se porte sur le concept de contre-transfert dans un sens large, car il ne se limite pas seulement aux approches psychodynamiques. En effet, le patient limite a obligé des thérapeutes d'orientation **cognitive et comportementale** à faire une place à ce concept dans leurs interventions. YOUNG insiste pour que les thérapeutes soient conscients de leurs propres schémas et de la façon dont ils interviennent dans le traitement du

patient borderline, LINEHAN encourage la supervision pour que les thérapeutes demeurent le plus dialectique possible, etc. LAYDEN définit le contre-transfert de la façon suivante. En thérapie cognitive, **le contre-transfert représente la totalité des réponses du thérapeute au patient, incluant les pensées automatiques, les croyances ou schémas activés, les émotions, les actes, les intentions**, ainsi de suite. Ces réponses peuvent être facilement observables, et évaluables (116).

De ce point de vue, le contre-transfert est perçu comme quelque chose qui ne soulève pas nécessairement un problème qui doit être résolu, mais comme une indication qui peut être utilisée pour examiner de plus près les particularités de la relation thérapeutique.

Ainsi, les caractéristiques propres de la relation avec le patient borderline appellent une forme d'observation et de réflexion bien particulière, reconnue par des courants partant de postulats de base pourtant aux antipodes l'un de l'autre.

IV.B.5. Conclusion : les gages d'une relation thérapeutique durable

Nous relient la qualité de la relation thérapeutique à plusieurs efforts :

- L'importance de favoriser un climat d'empathie va générer une influence sur le pouvoir du thérapeute à **verbaliser à la place du patient le désir de vie** dont il est venu lui demander plus ou moins consciemment de favoriser le maintien. « L'acte thérapeutique n'est pas un passage à l'acte ou une prise de pouvoir, mais le rétablissement d'un échange, non verbal au début, mais inscrit dans le registre symbolique et permettant une élaboration ultérieure » (117).

- BERGERET précise d'éviter de prodiguer un réconfort trop direct et artificiel au patient, qui risquerait de **prolonger les vécus de dépendance douloureux**. « Il s'agit, au contraire, de lui faire prendre conscience de ses qualités propres et de la vanité de ses reproches concernant des frustrations, le plus souvent très précoces, dont il s'est senti victime de la part de son environnement » (9).

- Eviter l'**exclusivité du lien thérapeutique** en favorisant la **diffusion des investissements** du patient : ouverture du cadre vers l'extérieur, mise en place de suivis médicaux plurifocaux, avec des aménagements du cadre permettant de laisser place au tiers, réinvitant le patient à s'approprier un investissement relationnel satisfaisant, sans la menace d'un danger potentiel.

Envisageons maintenant les enjeux essentiels de ce cadre de soins, à la lumière des articulations entre noyaux.

IV.C. LE CADRE THERAPEUTIQUE

IV.C.1. Une évaluation en miroir de la psychopathologie

Les patients limite nous donnent l'impression, à l'instar de Mme L., de ne percevoir les cadres que pour les déborder. Cela nous oblige à repenser en permanence un cadre souple, presque inventé pour chaque patient en particulier, mais avec certaines garanties en général: tolérance sans complaisance, disponibilité sans séduction, engagement sans jugement. Pour ce faire, l'aménagement du cadre tient compte des caractéristiques psychopathologiques des états limite et notamment de leurs défenses préférentielles. Il permet de garantir un espace en miroir

de la psychopathologie, que l'on a conceptualisée présentement sous l'égide des noyaux, soumis à certaines constantes :

- une clinique basée sur l'**instabilité** affective et comportementale
- une **faiblesse du Moi** incluant une impulsivité, une carence du fonctionnement imaginaire et un sentiment d'identité flou
- une **fonction réflexive** apparemment absente ou du moins sur laquelle il est difficile de s'appuyer de façon constante
- des **relations d'objet externalisées** et peu différenciées, des **mécanismes de défense** primitifs, un Surmoi sadique et un Moi idéal plus qu'un Idéal du Moi.

Ainsi, le thérapeute se retrouve confronté à des enjeux à la fois conscients et inconscients, à partir desquels il devra développer des stratégies in fine conscientes (repérer les états émotionnels, les stratégies de coping telles que l'évitement, le rejet...) et inconscientes (accéder aux représentations déclenchant des stratégies défensives, des relations d'objet problématiques...).

IV.C.2. Variation selon les noyaux

L'enjeu du cadre thérapeutique adapté au patient vise d'abord la suppléance temporaire des défaillances de son monde interne, avec l'objectif de lui permettre secondairement de se réapproprier un travail d'élaboration des conflits. Pour cela, le cadre fera fonction de tiers neutre, et de support à la conflictualité, grâce à différents objectifs mobilisés en fonction de la prééminence des noyaux.

a/ Devant la mise en jeu d'un fort anaclitisme, le cadre prend forme dans l'articulation autonomie/dépendance, soulevant en particulier la question de la perte et du **noyau dépressif-limite**.

Le cadre veille ici au tissage de liens suffisamment solides pour rejouer la problématique de séparation d'avec l'objet. Cela nécessite un réajustement constant, de manière à ne pas répondre en miroir d'une part au transfert massif de ces patients, et d'autre part à leurs fantasmes d'abandon. En effet, maintenir la permanence du lien thérapeutique en acceptant de rester équipe référente peut s'avérer parfois très difficile face à la répétition symptomatique et le sentiment d'échec qui peut se répéter. Pour cela, la **qualité de la contenance autorise un travail sur les contenus**, par le biais d'un dispositif thérapeutique qui permet les déplacements fractionnants et différenciateurs, facilitant le travail de liaison.

b/ Devant l'intensité d'un antagonisme narcissico-objectal, le cadre s'étire dans l'articulation réalité interne/réalité externe, soulevant la prévalence du **noyau addictif**.

Le cadre veille à valoriser la sécurité interne pour rendre tolérable le manque, sans recours à « la prothèse externe » et aux aménagements addictifs. Pour cela, il doit être **consistant** et dans le même temps suffisamment **malléable** aux besoins du patient. Son ajustement permet une reconstruction des limites, ni trop floues ni trop serrées. La difficulté consiste dès lors à satisfaire les besoins de dépendance sans renforcer ou créer une dépendance aux soignants par agrippement à leur réalité matérielle.

De plus, il doit s'inscrire dans une **temporalité linéaire** permettant de résister à la compulsion de répétition et aux attaques, afin de dégager le patient de sa problématique mortifère.

c/ Devant la précarité des enveloppes psychiques, le cadre évolue dans l'articulation entre agir/pensée, soulevant la question du **noyau de l'agir**.

Lorsque ce qui se passe au dehors vient à la place de ce qui ne peut trouver réalité dans leur espace psychique interne, le cadre **contient** les défenses par l'agir dans l'espace, tout en introduisant une temporalité progressive. Il offre des aides à la représentation, suffisamment claires et différenciées pour ouvrir le champ de la **transitionnalité**. Il doit également maintenir la garantie du tissu élaboratif des soignants, en parant aux contre-attitudes négatives suscitées par les agirs autoagressifs. La difficulté est d'évaluer la juste distance pour préserver la massivité du transfert sur l'équipe soignante. Cela peut être favorisé par une réflexion institutionnelle de groupe, afin de valoriser une enveloppe protectrice et un lieu d'élaboration pour éviter une escalade en miroir des agirs.

→ Ainsi, nos trois noyaux s'appuient sur des éléments fonctionnels qu'il est fondamental de repérer afin d'ajuster les bases du cadre. Nous précisons bien sûr que les spécificités du cadre chez l'état limite ne se résument pas aux différents modes de compréhension du processus et de la mise en valeur des noyaux. Ces spécificités reposent aussi sur l'importance accordée à **l'environnement** familial, scolaire et/ou social, et à la **relation transférentielle** d'emblée intense, mouvante, devant permettre de repérer nos contre-attitudes parentales, amicales ou trop neutres.

Pointer la primauté des contre-attitudes nous rappelle ce constat, simple mais fondamental : le lien à l'autre est à la fois problème et solution.

IV.C.3. Intérêt du réseau

La prise en compte des difficultés que rencontrent les institutions avec ces patients limite

impose donc de donner une place et une attention suffisantes à la façon dont ils utilisent l'environnement ou de trouver une organisation qui puisse à la fois résister aux attaques et leur donner sens, nouer des liens et en limiter le poids, en un mot qui assure une **continuité**. Il s'agit alors de trouver une **organisation institutionnelle suffisamment paradoxale pour dépasser les effets du paradoxe limite** quand l'insuffisante disponibilité des ressources imaginaires les conduit à surinvestir le monde externe pour désinvestir leur monde interne.

L'organisation en réseau peut répondre à ces besoins paradoxaux car elle est en effet entièrement fondée sur un équilibre dynamique entre continuité et discontinuité, équilibre particulièrement explicite dans la façon dont le réseau utilise la **notion de lien** : cette utilisation repose sur l'idée que la rupture d'un lien local n'a pas pour effet la rupture du lien avec le réseau dans sa globalité puisque, en tous points du réseau, le sujet limite est potentiellement pris en charge par l'ensemble des composants du réseau. Marqué localement par les attaques, le réseau ne **rompt pas**. La logique d'**identité** se trouve ainsi remplacée par une logique de **circulation** où ce qui compte avant tout est **l'articulation** entre des institutions suffisamment similaires pour échanger mais suffisamment différentes pour que cet échange ait du sens en termes de contenance globale.

Cet argument sert de point de départ à la question de la complémentarité des espaces, en particulier chez nos patients entre le secteur et l'addictologie.

Nous proposons de développer les déclinaisons de ce réseau, afin d'en déduire les combinaisons constituant la stratégie thérapeutique.

IV.D. UNE PRATIQUE PLURIELLE POUR UNE PRISE EN CHARGE UNIQUE

Une salve de pratiques se décline dans ce réseau, sous forme d'outils, d'espaces, de temporalités et d'intervenants. Comment penser judicieusement leurs interactions en miroir de la pluralité des manifestations du trouble de personnalité borderline ?

Le dispositif de soins se doit d'être congruent et syntone à la psychopathologie des sujets limite qu'il accueille. Nous devons conceptualiser une approche globale qui autorise la coexistence des approches psychanalytiques et biologiques, sociales et éducatives. Les différentes techniques de soin sont complémentaires, et leur association permet de construire un système thérapeutique répondant à la fois aux **troubles comportementaux** mais également à la **faille narcissique** qui les sous-tend.

IV.D.1. Diversité des outils

IV.D.1.a. Médiations : un outil éprouvé

→ *Enjeux des médiations :*

Le cas de Maeva nous a évoqué une histoire de médiations, histoire mettant en scène des personnages de corps et d'argile. Médiations corporelles (relaxation, massage..) ou artistiques (sculpture, peinture...), leur place pose la question chez nos patients limite de l'immédiateté, des frontières, des transformations, de la culture, et de la double valence de la violence : destructrice et créatrice.

Elles promeuvent des activités qui impliquent plus explicitement le corps, là où tout rapproché est exclu, privilégiant le verbal comme voie d'accès principale à la relance des processus de symbolisation. En ce sens, elle a toute sa place dans l'approche de chacun de nos noyaux. Du côté de **l'agir** bien sûr, en proposant un étayage à la mesure des troubles des enveloppes, mais

aussi du côté **addictif** en édifiant du transitionnel là où prime le transitoire, et du côté **dépressif** afin d'amortir les opérations défensives très coûteuses requises devant l'hémorragie narcissique.

→ *modalités d'action :*

* **Renforcer une alliance narcissique de base** indispensable au soin, en favorisant le jeu des investissements et contre-investissements. Elle se dégage de la relation duelle plus à même de susciter des angoisses d'intrusion ou d'abandon.

* **Réorganiser la vie psychique.**

- Elle favorise la reconstitution d'un environnement bienveillant (pack, massage relaxant) via la réémergence symbolique et /ou corporelle des limites. Pour cela, la médiation s'appuie sur un **cadre spatio-temporel**, car elle génère un espace tiers entre deux ou plusieurs espaces, et donc des limites et passages. Elle crée **un avant et un après, la présence et l'absence**. L'objectif thérapeutique que vient soutenir la médiation est alors de construire des représentations capables de faire lien et sens entre des **éléments disjoints et séparés**.

De plus, à l'instar de l'argile pour Maeva, la médiation permet au sujet d'explorer sans s'y perdre l'espace interne et l'espace externe, puis l'espace personnel et l'espace commun partagé, grâce à l'oscillation entre créativité et destructivité. Elle concède un objet qui pourra survivre à la destructivité et aux identifications projectives, et une capacité d'investir dans l'objet sans s'y dissoudre ni le détruire (118).

* **Accéder à un autre langage que le langage verbal**, c'est-à-dire en deçà des processus de symbolisation.

Le recours aux médiations en pratiques institutionnelles permet d'engager un travail thérapeutique consistant à réamorcer le moteur de la symbolisation. La tâche du thérapeute consiste à transformer ces expériences premières, mises en forme grâce au médium, en messages signifiants et relationnels. Elles peuvent en effet s'inscrire selon des modalités autres que verbales, telles que le langage du corps, de l'affect, de la mise en jeu de la sensorimotricité.

*** Enrichir l'environnement du sujet**

La médiation crée des occasions pour mobiliser les ressources imaginaires qui persistent chez le sujet, mais aussi chez l'environnement soignant (concept d'« espace psychique élargi » de JEAMMET). Ce jeu d'investissement et de contre-investissement s'appuie sur l'élaboration collective de l'équipe, ses contre-attitudes, son empathie, pour construire et restituer des représentations mentales **pour et avec** le sujet.

→ Réalité des médiations :

Le champ des médiations constitue actuellement une voie de recherche dynamique dans le trouble borderline. Le recours à cet outil permet notamment d'engager un travail thérapeutique avec ces patients en deçà des processus de symbolisation secondaires vectorisés par les mots, et de figurer des expériences sensori-affectivo-motrices non symbolisées. Néanmoins, son utilisation est pondérée par certaines réalités :

* La médiation ne peut faire l'économie d'une vigilance face au risque permanent d'angoisse liée au rapproché entre le sujet et l'objet, à la mise en danger des limites entre dedans et dehors. L'accompagnement par l'écoute et la parole du soignant reste essentiel.

* La médiation n'a pas de vertu thérapeutique en soi, car elle est indissociable du cadre. L'objet médiateur ne peut en effet accomplir sa fonction médiatrice, c'est-à-dire une aide à l'activité de liaison et de symbolisation en produisant un effet de langage, que si l'organisation interne du sujet la rend possible, et corrélativement l'organisation externe, c'est-à-dire le cadre de soins.

* Enfin, le rôle du transfert reste primordial dans la psychothérapie psychanalytique médiatisée et, dans cette perspective, la médiation devient **le support des nœuds transféro-contre-transférentiels**. Le recours à la médiation thérapeutique ne saurait en effet se concevoir sans passage par la verbalisation, c'est-à-dire sans travail **à partir des associations du patient** sur ses productions et **sans mise en mots** du clinicien (119). Dans cette logique, il ne s'agit pas, pour le clinicien qui use de médiations thérapeutiques, de privilégier seulement l'expression d'une fantasmatique afférente à une production, mais **d'interroger l'interaction** entre la verbalisation associative, le lien transférentiel et le registre sensori-perceptivo-moteur en jeu dans l'exploitation de la médiation.

➔ Le succès actuel des thérapies médiatisées n'est pas un effet de mode. Il traduit le besoin réel du côté soignant et du côté patient, d'un accordage entre les pratiques visées et les moyens déployés pour y parvenir. Mais elles ne prennent sens qu'au sein d'un cadre réfléchi et d'une complémentarité des outils.

IV.D.1.b. Pour la famille : l'outil systémique

Cette approche vise à soutenir les compétences et habilitations de chacun des membres du

système familial. Dans le cadre de l'urgence, cet outil permet de réduire l'impériosité dans la mobilisation par l'inquiétude, en délimitant les responsabilités de chacun. Dans le cadre d'une sortie de crise, il repère les pairages pathologiques entre enfants et parents, les capacités très faibles d'auto-organisation des familles et très fortes de symbioses inter-individuelles, et s'attaque au mythe de l'autonomie comme obstacle à la pérennité de la famille. L'approche systémique permet de faire passer la famille d'une dépendance pathologique à une dépendance plus saine, puis à une meilleure individuation pour accepter les séparations.

IV.D.1.c. Pour les équipes : l'outil institutionnel

Devant la multiplicité des thérapies intégratives, le chevauchement parfois confus des espaces et des temps de soin, et les enjeux transféro-contre-transférentiels massifs, les soignants ne doivent pas être négligés. Supervisions et formations sont nécessaires pour actualiser leurs outils, leurs ressources et leur implication.

IV.D.1.d. La relation thérapeutique : l'outil préventif

La psychoéducation représente tout un pan des efforts recommandés par l'APA, en écho aux écueils relationnels développés précédemment. D'autres aménagements, tels que la mise en place de permanences téléphoniques par exemple, renforcent les garanties de maintien du lien thérapeutique.

IV.D.2. Complémentarité des espaces

Nous avons précédemment insisté sur le réseau de structures de soins, mobilisé pour accompagner le sujet au plus près de ses paradoxes relationnels, narcissiques et affectifs. Ce réseau se dessine dans un continuum intégrant hospitalisation à temps plein, suivi ambulatoire, hôpital de jour...

IV.D.2.a. Hospitalisation à temps plein

Elle répond à la nécessité de sortir du cadre de la relation duelle pour élargir l'espace à un environnement psychique devenu, pour un temps, le dernier dépositaire de la conflictualité interne de ces patients. Pour cela, l'espace hospitalier prodigue un environnement plus **régressif**, propice à une restauration du contenant par une **pose de limites** entre dehors et dedans.

De plus, elle amorce l'engagement du sujet vers une nouvelle temporalité, plus linéaire que **circulaire**, grâce à son adhésion au contrat de soins. Elle permet ainsi d'adapter le caractère contenant du cadre au fur et à mesure des possibilités d'étayage.

IV.D.2.b. Suivi ambulatoire

Il émerge lorsque se manifestent chez le patient des caractéristiques psychologiques favorables telles que la capacité à **se représenter l'absence**, à se dégager un minimum de la répétition, à établir une **communication** dans le cadre d'une relation interpersonnelle, et enfin à s'intéresser à lui, et notamment pour une approche analytique, à **son monde interne**.

Ce suivi ambulatoire soutient les capacités d'étayage en permettant de créer un espace propre au sujet, à fonction transitionnelle. Se pose ensuite la question du contenu de cet espace ambulatoire, plutôt analytique, cognitif ou systémique. L'évaluation de l'indication des

différents traitements psychothérapeutiques repose sur la consultation thérapeutique qui permet non seulement de comprendre le fonctionnement du patient limite, mais aussi d'évaluer ses attentes et la possibilité d'établir une alliance thérapeutique sous une forme plus concrète ou plus internalisée.

IV.D.2.c. Hôpital de jour

Il propose un prolongement et une garantie de cet espace transitionnel, en y intégrant les outils précédemment décrits, par la référence à un contrat de soins.

IV.D.2.d. Un espace intégratif spécialisé : le soin-étude

Le dispositif de soins-études propose des hospitalisations au long cours dans un cadre associant des soins psychiatriques institutionnels, déclinés selon plusieurs modalités (hospitalisation à temps plein, séquentielles, de jour, CATTP) et des études (établissement interne ou externe). Il permet de mettre en place des soins institutionnels longs pour les adolescents souffrant de troubles psychiques graves, en particulier de problématique limite, en réduisant le risque de désocialisation que comporte toute hospitalisation prolongée à un âge où les acquisitions scolaires sont un élément important du pronostic. Cet espace intégré propose d'installer la problématique de séparation-individuation dans une organisation spatio-temporelle stable, renforcée par une équipe pluridisciplinaire.

La pluralité thérapeutique ainsi construite offre une possibilité de clivage des objets qui a pour fonction de soulager le clivage du Moi. Compte-tenu des carences d'intériorisation, la place d'un contenant externe matérialisé est en règle une nécessité dans l'abord thérapeutique des

patients limite, mais son intensité doit être rediscutée pour embrasser au plus près les capacités d'étayage du patient au fil de son évolution. L'articulation de ces espaces thérapeutiques constitue le maillage du parcours de soins, maillage non linéaire et non standardisable.

IV.D.3. Diversité des temporalités

Les demandes d'hospitalisation se font souvent en urgence, au décours d'une décompensation dépressive ou bien d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif. Nous avons observé que dans la majorité des cas, le séjour doit être court et faciliter une réinsertion rapide du patient dans sa réalité extérieure. L'hospitalisation doit également se situer dans la mesure du possible dans la continuité de la prise en charge ambulatoire.

La séquence de prise en charge répond à plusieurs temporalités, qui n'exigent pas les mêmes préoccupations.

* Tout d'abord, le premier contact du patient avec le soin peut être celui de l'**urgence** : urgence psychiatrique, mais aussi urgence somatique, dans le cas d'un acte ayant engagé le corps : lésion autolytique, intoxication aiguë, tentative de suicide...Ce lieu de soin s'impose alors comme le premier contenant des agirs, le lieu de restauration de l'enveloppe physique, avant d'accéder à une restauration plus symbolique.

* Ensuite, se pose l'indication en elle-même des **hospitalisations** : courte si risque suicidaire, rupture de traitements, comorbidités inquiétantes. Plus longue si se révèle un danger imminent envers les autres, une tentative de suicide grave ou des épisodes psychotiques avec perte de contrôle des impulsions ou du jugement. Mais rappelons que ces indications demeurent au bon jugement du clinicien, et n'obéissent à aucune affirmation dans la littérature.

* Enfin, sur le moyen terme, se pose la question de la fréquence et du rythme du **suivi**, qui, dans leur diversité, offrent un support de différenciation pour le patient (120). Cela permet de penser autrement les mouvements d'éloignement du patient, qui, à l'inverse de la rupture, lui permettent de vérifier la viabilité de la relation thérapeutique.

Au final, l'enjeu sera de réinsuffler une perspective historique, là où la temporalité est collabée par l'instantané de l'engrenage addictif, la suspension de l'agir ou l'aspiration de la dépression, pour redonner une fonction de mémoire au cadre du soin.

IV.D.4. Diversité des intervenants

Psychiatre, psychologue, médecin traitant, sont autant de soignants pouvant être engagés dans la prise en charge. Le patient doit pouvoir identifier un clinicien « coordonnateur », garant de l'encadrement, de l'établissement d'un lien avec la famille et des décisions d'initier ou terminer certains traitements.

IV.E. QUE DEDUIRE DE L'ARTICULATION ENTRE NOYAUX ET SOINS ?

L'enjeu thérapeutique n'est finalement pas de repérer quel est le noyau prévalent, car nous constatons que nos trois noyaux sont en étroite interaction, rarement isolés et encore moins indépendants. **Il s'agit plutôt de déterminer lequel vectorise l'autre**, induit son activation, dans une temporalité donnée. C'est ce mouvement dynamique qui nous donnera les indices nécessaires pour ajuster temporalité, espace, outil et cadre de prise en charge.

Ainsi, à l'issue de ce travail, nous avons repéré l'intrication très étroite entre :

- le noyau addictif et le noyau dépressif, ne répondant pas à une relation causale directe mais s'aggravant l'un l'autre, dans des modalités différentes selon la prééminence de chacun.

- le noyau de l'agir et le noyau addictif, dont la frontière s'inscrit dans le temps et la déliaison, à travers le critère de répétition.

En d'autres termes, nous pouvons en déduire :

1) que le noyau de l'agir est sollicité dans l'immédiateté, l'avidité d'une survie identitaire, mais qu'il ne peut faire l'économie d'une prise en charge plurielle, étendue et continue afin de parer aux menaces de l'autoengendrement et de la désorganisation.

Les conséquences sur la stratégie thérapeutique seront du côté de :

→ **la gestion du risque suicidaire**, en veillant à formuler dès le début de la prise en charge les attentes mutuelles entre thérapeute et patient lorsque surviendra la crise. Pour cela, le psychiatre s'appuie sur l'évaluation de l'urgence, des motivations du patient, et du seuil jusqu'auquel le patient pourra assurer sa sécurité sans intervention extérieure

→ mais aussi **la gestion du corps** en général, souvent mis à mal par le geste autolytique. L'hospitalisation peut être dans le cadre de l'urgence, d'abord initialement somatique pour panser les blessures, ou directement psychiatrique. Elle peut être également programmée, plus ou moins longue, en fonction des objectifs de restauration et des possibilités narcissico-objectales. Par exemple, elle autorise une modalité de séparation du milieu familial lorsqu'elle vise à changer le mode des investissements du sujet, comme cela s'est produit pour Maeva.

→ D'une proposition d'outils **non effractants**, respectant le défaut d'enveloppe, pour amener le sujet à tolérer le lien entre des événements disjoints, comme la relaxation.

→ D'une prise en charge **médicamenteuse**, de type anxiolytique (neuroleptiques à petites doses) ou antidépresseur (ISRS), permettant de créer les conditions d'un minimum de représentations.

L'objectif de ces prises en charge consiste essentiellement en la facilitation de **l'accès au symbolique**. Comme le souligne MORELLE, « que le temps de l'automutilation soit douloureux ou non, n'est peut être pas la question primordiale. L'essentiel est que, face à ce manque à représenter la souffrance psychique, celle-ci puisse être nommée et quitter le domaine du réel pour intégrer celui du symbolique, et ceci notamment au travers de la rencontre avec l'autre » (121) La mise en forme de ces instances par le langage révèle ainsi une fonction de restauration des limites et des instances.

Par conséquent, nous insistons sur le fait que le noyau de l'agir ne peut se satisfaire d'une approche médicale somatique ou psychiatrique brève. Il invite tout particulièrement à reconsidérer les places respectives des traitements médicamenteux et des psychothérapies à vocation à la fois préventive par le travail sur les émotions et la linéarité, mais aussi curative par le cheminement vers l'élaboration et la symbolisation.

2) que le noyau addictif et le noyau dépressif répondent à une dialectique telle que:

→ soit le noyau addictif est mis en jeu dans une lutte antidépressive, comme conséquence d'une dépressivité toujours plus lourde.

Dans ce cas, la prise en charge visera un triple but : éviter l'engrènement de la conduite et l'installation de la répétition, rendre les vécus douloureux plus exprimables psychiquement et apaiser le seuil de vide et d'angoisse derrière la dépressivité. Concrètement, cela peut passer par un changement d'espace de prise en charge (du secteur à l'addictologie par exemple), par l'utilisation de supports médiateurs ou de façon plus aigüe d'une béquille médicamenteuse.

→ soit le noyau addictif correspond à un équivalent corporel et comportemental du noyau dépressif, chez certains sujets particulièrement vulnérables. Dans ce cas, la prise en

charge visera à assouplir les mécanismes identifiés comme facteurs favorisant ce recours à l'agir addictif, c'est-à-dire l'alexithymie, la recherche de sensations et les mécanismes projectifs (87). Nous songeons ici à l'approche cognitive pour faciliter le travail sur les émotions dans un cadre abordable pour le patient.

→ soit enfin le noyau addictif, par la répétition désorganisante des conduites et/ou l'effet des substances psychoactives induit des troubles psychiatriques, ou aggrave une comorbidité.

Dans ce cas, les outils thérapeutiques utilisés privilégieront la protection contre le risque suicidaire en urgence, et contre la détérioration des fonctions cognitives au long cours.

3) que le repérage des noyaux ne se superpose pas aux espaces de soin.

En effet, le noyau addictif n'assigne pas forcément le patient à l'addictologie, ni le noyau dépressif au secteur. Nous venons de montrer que la complémentarité des noyaux détermine celle de la prise en charge. Cette complémentarité est basée sur des éléments suffisamment similaires pour échanger mais surtout assez différents pour épouser les reliefs des mouvements de rupture de nos patients.

→ Le secteur se tourne volontiers vers l'addictologie lorsque le noyau dépressif primaire est propice à l'émergence et la pérennisation des conduites addictives. Au delà d'une fonction de « niveau I » de repérage et de prévention des conduites dévolue au secteur, l'espace proposé par l'addictologie part du symptôme addictif, pour déployer un dispositif intégré : consultations, cures, contrats d'hospitalisation à temps plein ou d'hôpital de jour. La sollicitation de cet espace nécessite au préalable des références sur le fonctionnement du

patient, afin de l'accompagner vers une autonomisation vis à vis de l'objet d'addiction et du lien thérapeutique, en prodiguant une sécurisation dans la réduction des risques, en proposant différentes étapes pour la prévention de la rechute et en travaillant vers des objectifs élargis. L'intérêt de ces propositions thérapeutiques est d'éviter l'écueil de propositions thérapeutiques indifférenciées, ponctuelles, qui alimenteraient le fantasme d'une rencontre magique qui comblerait immédiatement les attentes du patient.

→ **L'addictologie sollicite le secteur lorsque les conséquences du noyau addictif touchent la sphère cognitive ou psychiatrique**, comme comorbidité secondaire, ou bien lorsqu'un contenant plus étayant s'impose (tentative de suicide, nécessité de rupture). Le secteur permet par ailleurs d'accompagner un étayage dans une temporalité longue, amorcée en addictologie et poursuivie dans la continuité du quotidien du patient, par des moyens tels que les visites à domicile par exemple.

La complémentarité de l'addictologie avec les autres espaces accompagne ainsi le patient limite vers des capacités plus intériorisées pour se dégager de son noyau addictif, se protéger de sa propre vulnérabilité, et promouvoir une meilleure qualité de vie.

Les outils du secteur convergent vers la même approche bio-psycho-sociale, mais sur une temporalité différente, plus générale et étendue.

La prise en charge, aussi plurielle soit-elle, doit répondre au critère de continuité des soins, soit **le bon outil, à la bonne personne et au bon endroit**, en fonction des seuils d'accès et d'exigences différents, et de techniques non opposées ais complémentaires. Elle s'articule directement avec la place et la fonction du symptôme comportemental dans l'économie psychique du patient en incluant l'élaboration et le maintien d'un cadre éprouvé, la gestion de la dangerosité et de l'urgence, et la solidité du dispositif thérapeutique dans le temps.

CONCLUSION

"Il y a autant de théories psychologiques, psychiatriques, psychopathologiques, que d'interprétations de l'homme, dont une seule est vraie, celle qui n'est pas une interprétation, celle qui ouvre pour comprendre l'existence les mêmes voies que l'homme pour exister. »

MALDINEY (122)

Dans une conception restrictive salutaire, le trouble de personnalité borderline désigne un tableau clinique relativement précis constitué d'une instabilité comportementale avec impulsivité et troubles relationnels, et d'incertitudes concernant l'identité personnelle avec préservation du sens de la réalité. Les perspectives actuelles, qu'elles soient psychobiologistes ou cognitivistes, remanient, précisent, et prouvent que ce concept défend une place encore passionnante, riche en débats et confrontations, dans la nosographie psychiatrique du DSM-V.

À ce registre de trouble de personnalité correspond un type de dysfonctionnement mental attaquant les limites du Moi, particulièrement bien étudié par plusieurs auteurs psychodynamiciens. Nous avons retenu l'importance d'une clé de voûte fondatrice de la problématique limite, constituée par une relation d'objet anaclitique et des efforts plus ou moins archaïques de lutte contre l'angoisse. Ces enjeux ont des conséquences sur le développement de la personnalité borderline empêchant la poursuite des processus d'intériorisations et d'échanges, et sur le fonctionnement mental en lui-même, entravant le travail de symbolisation. Dans cette optique, la personnalité borderline peut être considérée comme une des voies comportementales possibles de dérivation de l'angoisse caractérisant la problématique limite, par la mise en jeu des noyaux fonctionnels de l'agir, addictif et dépressif, noyaux frontières avec les troubles comorbides si fréquents de l'axe I. Ces noyaux

ne s'excluent pas les uns les autres, et peuvent évoluer selon les ressources internes du sujet :

-un noyau de l'agir, sous-tendu par une violence défensive, qui se traduit dans une réponse par l'agir comportemental visant à apaiser l'excitation, restaurer les limites et une identité menacée.

-un noyau addictif lorsque la négation des liens objectaux internes et l'emprise sur les objets externes engage le champ de la répétition du symptôme.

-un noyau dépressif, retraçant les différents stades de l'effondrement narcissique du sujet, selon le degré de déliaison et de désobjectalisation.

L'intérêt voué à ces noyaux n'est pas tant de définir avec exhaustivité leurs fonctions, que de comprendre leurs modalités de survenue : contexte, terrain, rapidité et surtout liens vectorisés entre eux.

Tout au long de ce travail, le fil conducteur de nos noyaux s'est dessiné à travers le corps. Ainsi, corps et contenus psychiques de l'état limite s'érigent en deux entités insécables, l'une se révélant l'athanor de l'autre. Ce corps se modèle en socle identitaire et tient lieu de mémoire tout en guidant le langage du présent. Il est donc médium de l'altérité, et, tel que nous l'avons observé tout au long de ce travail, vectorise un appel à l'autre, soignant comme famille, dans une quête à la fois puissante et fragile.

Les patients borderline nous questionnent ainsi dans cette dualité au-delà de nos pratiques, dans un rapport d'humain à humain, à travers un champ existentiel, philosophique, sociologique et éthique. De tels enjeux ne facilitent pas une réponse simple et précise à la question « Que soigner ? ». Il existe une dialectique entre espace et temps du symptôme, comme entre réalité interne et externe, qu'il faudra restaurer non pas comme opposition mais comme partie prenante du fonctionnement psychique à réinsuffler dans l'aménagement du soin, grâce à un triple langage : celui du patient, celui du soignant et celui du corps.

Néanmoins, à travers la pluralité des moyens dont nous disposons, une valeur reste constante.

Celle de l'implication, qui demeure le premier chemin de rencontre, car elle nous engage au delà de l'explication, jusque dans notre savoir-être. Ainsi, Maeva nous a bousculés dans nos positions de soignants, Mme L. nous a questionnés sur la fondation du cadre et Christophe nous a confrontés à une réinterrogation de nos limites : celles du diagnostic, de la contrainte, de la protection et bien sûr de nous-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. GREEN A. Le concept de limite. La folie privée. 1976;103-40.
2. CHAINE F, GUELFY JD. États limite. Encycl Med Chir, Paris. 1999;
3. CHABERT C. Névroses et fonctionnements limites. Recherche. 2006;67:02.
4. ALLILAIRE J. Les masques cliniques. Les Cahiers du Prisme. 1994;(8):: 30-43.
5. WINNICOTT DW. La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. 1956;168-74.
6. DEUTSCH H. Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. Psychoanal Q. 1942;11:9.
7. KERNBERG OF, WIDLÖCHER D. Les Troubles limites de la personnalité. Dunod; 1997.
8. BERGERET J. La dépression et les états limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique. Payot; 1975.
9. BERGERET J. Les états limite en 2010. Soigner quoi ? Revue française de psychanalyse. 2011;75(2):367.
10. WIDLÖCHER D. Les états-limites: discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. Perspectives psychiatriques. 1979;70:7-11.
11. GUNDERSON J. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. American Journal of Psychiatry. 2009 mai 1;166(5):530-9.
12. APA. Dsm-Iv-Tr: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders - 4th Edition. Elsevier Masson. Paris; 2002.
13. KUPFER D., FIRST MB. A Research Agenda for Dsm-V. American Psychiatric Pub; 2002.
14. ZANARINI MC, SKODOL AE, HAWKINS. The collaborative longitudinal

personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of personality disorders*. 2000;14(4):291-9.

15. CHARRIER P, HIRSCHMANN A. *Les états limites*. Armand Colin; 2009.

16. HUGUES AE. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2012 janv;40(1):21-33.

17. SKODOL AE. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*. 2002;51(12):951-63.

18. TORGERSEN S. Genetics of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2000 mars;23(1):1-9.

19. CASPI A. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, N.Y.)*. 2003 juill 18;301(5631):386-9.

20. CROWELL SE, BEAUCHAINE T, LINEHAN MM. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological bulletin*. 2009 mai;135(3):495-510.

21. CEBALLOS NA. Brain maturation in conduct disorder versus borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*. 2006;53(2):94-100.

22. DONEGAN N, SANISLOW C. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*. 2003;54(11):1284-93.

23. ZANARINI MC. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*. 1998 déc;6(4):201-7.

24. BECK AT, FREEMAN A, DAVIS DD. *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press; 2006.

25. PARIS J. The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality

- disorder. *Comprehensive psychiatry*. 1993 déc;34(6):410-3.
26. SANSONE RA, SANSONE LA. Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade. *Eating Disorders*. 2007;15(4):333-46.
 27. ZANARINI MC. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 juin;190(6):381-7.
 28. PARIS J. *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. American Psychiatric Pub; 1994.
 29. LINEHAN MM. A behavioral theory of borderline personality disorder. 1993;103-21.
 30. FONAGY P. Playing With Reality: The Development Of Psychic Reality And Its Malfunction In Borderline Personalities. *Int. J. Psycho-Anal*. 1995;76:39-44.
 31. AGRAWAL HR. Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard review of psychiatry*. 2004;12(2):94-104.
 32. ANDRÉ J. L'unique objet. *Les états limites*. 1999;2.
 33. POMMIER G. *Les corps angéliques de la postmodernité*. Calmann-Lévy; 2000.
 34. HUIJGEN C. *Pharmacotherapy in Borderline Personality Disorder*. 2012;
 35. CORCOS M, PHAM-SCOTTEZ A. APA et trouble borderline. *L'Encéphale*. 2008;34:S219-S222.
 36. LEICHSENRING F. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2008;300(13):1551-65.
 37. ZANARINI MC. Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 2001;42(2):144-50.
 38. ROBIN M. Crise borderline à l'adolescence? 2011 sept;(160).
 39. DAWE S. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2004;28(3):343-51.

40. BÉRUBÉ L. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. Montréal: Éditions de la Chenelière; 1991.
41. BRODSKY BS. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(3):313-22.
42. WALTER M, GUNDERSON JG, ZANARINI MC. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*. 2008;104(1):97-103.
43. ZANARINI MC. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction*. 2011;106(2):342-8.
44. ZLOTNICK C. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(5):296-301.
45. ZANARINI MC. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(3):226-32.
46. MAINE M, MCGILLEY BH, BUNELL D. *Treatment of Eating Disorders: Bridging the Research-practice Gap*. Academic Press; 2010.
47. REICH DB, ZANARINI MC, SHEA. Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*. 2008;22(6):564.
48. VAN DER KOLK BA. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148(12):1665-71.
49. GICQUEL L, CORCOS M. *Les automutilations à l'adolescence*. Dunod; 2011.
50. NIJMAN HLI. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *European psychiatry*. 1999;14(1):4-10.

51. FAVAZZA AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998 mai;186(5):259-68.
52. ZANARINI MC, LAUDATE CS, FRANKENBURG FR, Reich DB. Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(6):823-8.
53. MUEHLENCAMP JJ. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;52(2):148-55.
54. HAWTON K. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(6):537-42.
55. SOLOFF PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
56. DULIT RA, Fyer MR, Leon AC, Brodsky BS, Frances AJ. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 1994 sept;151(9):1305-11.
57. OUMAYA M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2008;34(5):452-8.
58. COURTET P, Guillaume S, Jollant F, Castelnaud D, Malafosse A. Neurobiologie des conduites suicidaires: voies de recherche actuelles. 2008;
59. ANZIEU D. *Le Moi-peau*. Dunod. 1985;
60. BOURGEOIS D. *comprendre et soigner les états-limites*. Dunod. 2005.
61. ORCUTT C. *Le trouble limite du soi : l'approche de Masterson*. Santé mentale au Québec. 1997;22(1):69.

62. FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse. 7^e éd. Presses Universitaires de France - PUF; 2011. p. p 100.
63. JEAMMET P. Adolescence et dépendance. *Psychotropes*. 2005;11(3):9-30.
64. LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Presses universitaires de France; 1967.
65. GRINBERG. introduction aux idées psychanalytiques de Bion. Dunod. 1976.
66. BICK E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Larmor-Plage: Éditions du Hublot. 1968. p. pp.135-139.
67. CICCONE A. Enveloppe psychique et fonction contenant: modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*. 2001;(2):81-102.
68. LINEHAN M. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 1991 déc 1;48(12):1060-4.
69. GOGGUEL D'ALLONDANS T. Rites de passage: d'ailleurs, ici, pour ailleurs. Ramonville-Saint-Agne: Éditions Érès. 1994;
70. PARIS J. Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*. 2005;13(3):179-85.
71. CORCOS M. La terreur d'exister: fonctionnements limites à l'adolescence. Dunod; 2009.
72. BERGERET J. La violence fondamentale 2e ed.-L'inépuisable oedipe: L'inépuisable oedipe. La violence fondamentale 2e ed.-L'inépuisable oedipe: L'inépuisable oedipe. Dunod; 2010. p. p 237.
73. FREUD S. La Morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes. *La Vie sexuelle*. 1908. p. 150.
74. LE BRETON D. La peau et la trace: Sur les blessures de soi. La peau et la trace: Sur les blessures de soi. Editions Métailié; 2003. p. p 25.

75. SCARAMOZZINO S. Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques. *Champ psychosomatique*. 2004;36(4):25.
76. FAVAZZA A. *Bodies Under Siege: Self-Mutilation, Nonsuicidal Self-Injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1987.
77. CHILAND C. L'automutilation : de l'acte à la parole. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1984;p 169-170.
78. GUNDERSON JG. *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. American Psychiatric Pub; 2005.
79. GUTTON P. Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*. 1997;165-88.
80. SMADJA C. À propos des procédés autocalmants du Moi. *Revue française de psychosomatique*. 1993;4:9-26.
81. SAPIR M, Reverchon F, Prévost JJ, Canet-Palaysi C. *La relaxation: son approche psychanalytique*. Dunod; 1979.
82. SEARLES HF. *Mon expérience des états-limites*. Gallimard; 1994.
83. PEDINIELLI JL. *Psychopathologie des addictions (coll. nodules)*. Recherche. 2000;67:02.
84. LAUFER M. *Le breakdown à l'adolescence: nos connaissances et nos confusions*. CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE-BRUSSELS-. 1996;15-24.
85. FERNANDEZ L, SZTULMAN H. *La dépendance sous le regard du psychologue*. Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances. Larousse-Bordas. Paris; 1999. p. 137-41.
86. JEAMMET P. *Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens*. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. VENISSE JL. *Les nouvelles addictions*. Paris: Masson; 1991. p. 10-29.

87. CORCOS M, FLAMENT M, JEAMMET P. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Recherche. 2003;67:02.
88. COLLECTIF. Epistoles numéro 2 décembre 2010. Presses univ. de Louvain;
89. JEAMMET P. Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. Monographies de la« Revue Française de Psychanalyse », La boulimie. 1991;81-104.
90. ABRAHAM N, TÖRÖK M. L'Ecorce et le Noyau. Flammarion; 1996.
91. CHARLES-NICOLAS A. Fantasma et conduites ordaliques. L'anorexique, le toxicomane et leur environnement. 1989;76-85.
92. McDOUGALL J. Théâtres du je. Editions Gallimard; 1982.
93. CHARLES-NICOLAS A, VALLEUR M. Les conduites ordaliques. La vie du toxicomane. Paris: PUF. 1982;82-99.
94. MACQUERON G. Répétition et équivalents suicidaires. Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale. 1998;15□: 22-5.
95. LINEHAN M, Page D, Wehrlé P. Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. Médecine et Hygiène; 2000.
96. FREUD S. Totem et tabou. SE. 1947;13:14.
97. GOLSE B. Insister-exister: de l'être à la personne. Presses universitaires de France; 1990.
98. LE POULICHET S. Les addictions. Recherche. 2000;67:02.
99. KESTEMBERG E. Quelques notes sur la «phobie du fonctionnement mental». Revue française de Psychanalyse. 1986;50(5):1339-44.
100. MISÈS R, DIATKINE R, LÉBOVICI S. Les pathologies limites de l'enfance: étude clinique et psychopathologique. Presse Universitaires de France; 1990.
101. FREUD S. Deuil et mélancolie. Sociétés. 2004;(4):7-19.
102. BERGERET J. Dépressivité et dépression: dans le cadre de l'économie défensive.

Presses universitaires de France; 1976.

103. FREUD S. Psychologie collective et analyse du moi. Payot; 1924.

104. KAPSAMBELIS V. Apprendre à soigner les patients borderline. Santé mentale. 2011;160:p 32-36.

105. SPITZ R. De la naissance à la parole, la première année de la vie. Paris; 1968.

106. MARTY P. La dépression essentielle. Revue française de psychanalyse. 1968;32(3):594-9.

107. SMADJA C. L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle. Rev Fr Psychosom. 1999;15:25-37.

108. BOUVET M. La relation d'objet. Presses Universitaires de France; 2006.

109. RENAUD S. Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de personnalité limite. Santé mentale au Québec. 2003;28(1):73.

110. PHAM-SCOTTEZ A. Évaluation de l'efficacité d'une permanence téléphonique sur l'incidence des tentatives de suicide des patients borderline. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2010 mars;168(2):141-4.

111. ADLER G. The myth of the alliance with borderline patients. The American Journal of Psychiatry. 1979;136(5):642-5.

112. BORDIN ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1979;16(3):252-60.

113. GUNDERSON J. Ontogeny of the Therapeutic Alliance in Borderline Patients. Psychotherapy Research. 1997;7(3):301-9.

114. BENDER D. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. Journal of psychiatric practice. 2005 mars;11(2):73-87.

115. FUSTIER P. Les corridors du quotidien. Dunod; 2008.

116. COUSINEAU P. Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité. Santé

mentale au Québec. 1997;22(1).

117. GILLIBERT C. Difficultés de prise en charge de la répétition suicidaire à l'adolescence. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. 4(41):43-4.
118. SABOURET E. L'adolescent malade : quelle guérison pour le corps ? *L'Évolution Psychiatrique*. 2006 avr;71(2):311-30.
119. CHOUVIER B, KAES R. *Les processus psychiques de la médiation*. Dunod, Paris. 2002;
120. VENISSE J-L. *Addictions: quels soins?* Masson; 1997.
121. MORELLE C. *Le corps blessé: automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Masson; 1995.
122. MALDINEY H. *Penser L'homme Et la Folie*. Editions Jérôme Millon; 2007.

NOM : GORZEGNO

PRENOM : Claire

UNE LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE DU TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE : de la clinique à la thérapeutique

RESUME

Le trouble de personnalité borderline se distingue dans la pratique psychiatrique par sa clinique polymorphe, ses paradoxes inconstants et ses difficultés de traitement. Ce travail propose de mêler expérience clinique et synthèse de concepts psychodynamiques essentiels, dans une perspective compréhensive. Nous proposons de retenir les symptômes comportementaux - critères n°4 et 5 du DSM-IV - comme voie d'entrée pertinente du trouble borderline, afin d'appréhender sa clinique complexe. En articulant symptômes et fonctionnement limite autour de la relation d'objet et des mécanismes de défense, nous en déduisons une clé de voûte reposant sur trois noyaux à l'oeuvre de façon variable dans les états limite : noyau de l'agir, addictif et dépressif. Leur repérage, en particulier celui de leurs interactions, ouvre alors le champ des perspectives thérapeutiques pour ajuster cadre, modalité relationnelle et projet de soin.

MOTS-CLES

Personnalité borderline, état limite, addiction, automutilation, dépression, agir, narcissisme, clivage, noyau, cadre thérapeutique, psychothérapie.