



HAL
open science

Les états limites et la dépressivité: un lien anaclitique

Delphine Pellet

► **To cite this version:**

Delphine Pellet. Les états limites et la dépressivité: un lien anaclitique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2004. hal-01733155

HAL Id: hal-01733155

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733155>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE

171814

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ DE NANCY 1
2004

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 14

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

PELLET Delphine

le 24 février 2004

**LES ÉTATS LIMITES
ET
LA DÉPRESSIVITÉ :
UN LIEN "ANACLITIQUE"**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur J.P. KAHN
Mme le Professeur C. VIDAILHET
M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
M. le Docteur M. BUREAU

Président

Juges

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 229235 9



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

PELLET Delphine

le 24 février 2004

**LES ÉTATS LIMITES
ET
LA DÉPRESSIVITÉ :
UN LIEN "ANACLITIQUE"**



Examineurs de la thèse :

M. le Professeur J.P. KAHN

Mme le Professeur C. VIDAILHET

M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC

M. le Docteur M. BUREAU

)
)
)

Président

Juges

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

À notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur J.P. KAHN
Professeur de Psychiatrie d'adultes

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu la chance, pendant notre internat, de bénéficier de la richesse de votre enseignement qui a participé à notre orientation professionnelle.

Nous vous remercions pour l'accueil que vous nous avez toujours réservé.

Que ce travail soit pour vous l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre Juge,

Madame le Professeur C. VIDAILHET
Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de nos remerciements les plus sincères.

À Notre Juge,

Monsieur le Docteur M. BUREAU,

Ancien Assistant Chef de Clinique, Psychiatre.

Vous nous avez fait l'honneur et le plaisir de diriger notre travail, puis de le juger.

Nous avons pu apprécier votre disponibilité, votre gentillesse, votre culture et votre intérêt à faire partager vos connaissances.

Que ce travail soit pour vous, l'expression de notre profond respect et gratitude.

À Notre Juge,

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier votre disponibilité et votre culture.

Veillez trouver ici, l'expression de notre sincère admiration et de notre plus grand respect.

À toi, mon âme jumelle,
Le croisement de nos destins a permis le miracle de nos vies. Notre amour est notre plus belle promesse. Et surtout, tellement IDEM...

À mes parents,
Vous m'avez guidée avec délicatesse et intelligence sur le chemin de la vie en m'apprenant les valeurs essentielles.
Vous avez toute ma reconnaissance, mon respect et mon affection.

À ma Mamy,
Tu es et resteras un des modèles essentiels de ma vie, tu as toute mon affection et ma profonde gratitude.

À mon Papy,
La douleur de ton absence récente est encore tellement vive, veille sur moi.

À ma famille,
Fière de faire partie de ce clan, vous avez toute mon affection.

À Frédérique,
La Lorraine nous a réunies pour faire naître cette amitié intense. Notre rencontre est mon équilibre. Ta gentillesse, ta disponibilité et ta tolérance m'apporte chaque jour.

À Zohra,
Notre amitié est bien au-delà des mots. L'intensité de notre relation est digne des liens de sang. Je serai toujours là pour toi.

À Béné,

Tes qualités humaines sont inégalables, ta générosité et ton honnêteté ont permis de faire éclore une si belle amitié.

À Matthieu,

Ton intelligence et ta gentillesse me manquent chaque jour, mais nous avons eu nous la certitude de l'éternité de notre amitié.

À Laurent,

Ta spontanéité et ta gentillesse sont un support solide à notre amitié.

À Karine,

À la mémoire de tout ce que nous avons vécu et avec mon profond respect.

À Jean-François,

Ta générosité est un bonheur de chaque jour. Ton amitié m'est aussi précieuse que ton écoute.

À Guillaume,

L'élégance de ta présence, la qualité et la pureté de notre relation me sont précieuses.

À Fanny et Charlotte

Vos deux noms sont indissociables, notre amitié est indestructible. Votre tolérance, votre générosité sont indispensables à ma vie.

À Jeannette,

La qualité de ton écoute, ton authenticité et ta tolérance me sont indispensables.

Aux « Mich »,

Nos deux histoires en miroir sont indispensables à notre épanouissement. Merci d'être vous.

À Monique,

Ta disponibilité et l'excellence de la qualité de travail ont permis une formidable complémentarité. Avec tous mes remerciements.

À Charlotte, Lola, Jannick, Martine, Mirko, Julien, Véro, Andréas, Véronique, Marie-France, Céline, Wanda, Céline, Jean-Charles, Edith... et à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui sont à mes côtés.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES



<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	p 16
<u>INTRODUCTION</u>	p 21
<u>I. ORGANISATION DES ÉTATS LIMITES</u>	p 23
<u>I.1. ORGANISATION D'UNE STRUCTURE</u>	p 24
I.1.1. Notion de structure de personnalité.....	p 24
I.1.2. Les grandes structures de base.....	p 25
I.1.2.1. La genèse de la structure de base.....	p 25
I.1.2.2. La psychogenèse psychotique.....	p 27
I.1.2.3. La psychogenèse névrotique.....	p 27
I.1.2.4. Les astructurations.....	p 28
<u>I.2. LES ÉTATS LIMITES ET LEURS AMÉNAGEMENTS</u>	p 28
I.2.1. Le tronc commun des états limites.....	p 28
I.2.2. L'organisation limite.....	p 29
I.2.2.1. Le Moi anaclitique.....	p 30
I.2.2.2. La relation à l'objet anaclitique.....	p 31
I.2.2.3. L'angoisse dépressive.....	p 31
I.2.2.4. Les instances idéales.....	p 32
I.2.2.5. Les mécanismes de défenses.....	p 33
I.2.2.5.1. Le clivage.....	p 34
I.2.2.5.2. L'idéalisation primitive.....	p 34
I.2.2.5.3. L'identification projective.....	p 35
I.2.2.5.4. Le déni.....	p 35
I.2.2.5.5. Omnipotence et dévalorisation.....	p 36
<u>I.3. L'ANGOISSE DE PERTE D'AMOUR DE LA PART DE L'OBJET</u>	p 37
I.3.1. La porosité des limites.....	p 39
I.3.2. La dépendance.....	p 41
I.3.3. Les formes mélancoliques de dépression.....	p 43

I.3.4. Les états de détresse.....	p 45
<u>II. LE CONCEPT DE DÉPRESSION LIMITE.....</u>	p 48
<u>II.1. QUELQUES CRITÈRES DE PRÉSUMPTION.....</u>	p 49
II.1.1. La dépressivité.....	p 49
II.1.2. La faiblesse et la violence.....	p 51
II.1.2.1. La violence dans la dépression.....	p 51
II.1.2.2. La faiblesse de la personnalité dépressive.....	p 52
II.1.2.3. Les effets des changements socio-culturels.....	p 54
<u>II.2. LA THÉORIE DE LA DÉPRESSION LIMITE SELON BERGERET.....</u>	p 55
II.2.1. L'historique de la dépression.....	p 56
II.2.2. Le modèle évolutif dépression limite.....	p 59
II.2.3. Les hypothèses méta-psychologiques.....	p 62
II.2.4. L'investissement corporel chez le dépressif.....	p 64
<u>II.3. LES TENDANCES SUICIDAIRES.....</u>	p 65
II.3.1. L'évaluation diagnostique.....	p 65
II.3.1.1. La sévérité clinique de la dépression.....	p 66
II.3.1.2. Les troubles affectifs majeurs associés à l'organisation limite de la personnalité.....	p 66
II.3.1.3. Les comportements automutilateurs chroniques et le suicide comme mode de vie.....	p 67
II.3.2. Le maniement clinique.....	p 68
<u>II.4. LES FORMES CLINIQUES.....</u>	p 72
II.4.1. La dépression narcissique.....	p 72
II.4.1.1. Les relations entre état-limite et problématique narcissique.....	p 72
II.4.1.2. La clinique de la dépression narcissique.....	p 75
II.4.1.2.1. Le point de vue psychogénétique.....	p 75
II.4.1.2.2. Le point de vue métapsychologique.....	p 76
II.4.1.2.3. L'angoisse dépressive.....	p 77
II.4.1.2.4. Le dépressif et son objet.....	p 78

II.4.1.2.5. L'objet et son clivage.....	p 78
II.4.2. La dépression essentielle.....	p 79
<u>II.5. LES CONCEPTIONS MODERNES ET LEURS IMPLICATIONS.....</u>	p 83
II.5.1. Historique et définition.....	p 83
II.5.1.1. Concept d'état-limite.....	p 83
II.5.1.2. Prévalence du trouble de la personnalité état-limite.....	p 84
II.5.1.3. Comorbidité du trouble état-limite et des troubles de l'humeur.....	p 84
II.5.2. Les différentes modélisations.....	p 85
II.5.2.1. La théorie d'AKISKAL.....	p 85
II.5.2.2. La théorie de GUNDERSON.....	p 87
II.5.2.3. La théorie de KERNBERG.....	p 88
II.5.2.4. La théorie de CLONINGER.....	p 89
<u>II.6. L'INTÉGRATION ENTRE SYSTÈMES BIOLOGIQUE ET</u>	
<u>PSYCHODYNAMIQUE.....</u>	p 91
II.6.1. La classification.....	p 91
II.6.2. Les corrélations biologiques, neurophysiologiques et génétiques.....	p 93
II.6.3. Le point de vue dynamique.....	p 96
<u>III. CAS CLINIQUE - UNE ILLUSTRATION DE LA</u>	
<u>DÉPRESSIVITÉ CHEZ L'ÉTAT LIMITE.....</u>	p 100
<u>IV. LES ORIENTATIONS THÉRAPEUTIQUES.....</u>	p 107
<u>IV.1. LA PHARMACOTHÉRAPIE.....</u>	p 108
IV.1.1. La conception d'AKISKAL.....	p 108
IV.1.2. Les différentes classes pharmacologiques utilisées.....	p 109
IV.1.2.1. Les antidépresseurs.....	p 109
IV.1.2.2. Les thymorégulateurs.....	p 110
IV.1.2.3. Les neuroleptiques.....	p 110

IV.1.2.4. Les benzodiazépines..... p 111

IV.2. LE TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE..... p 111

IV.2.1. La conception française..... p 111

IV.2.2. Les conceptions américaines..... p 114

IV.3. LE TRAITEMENT COMBINÉ..... p 115

CONCLUSION p 118

BIBLIOGRAPHIE p 120



INTRODUCTION



Il existe un nombre croissant de sujets dépressifs dont la dépressivité ne peut être considérée comme un simple épisode passager survenu au cours d'une évolution structurelle classique. Ces sujets demeurent souvent dans une incomplétude narcissique avec, un Moi faible mais non morcelé, des limites poreuses entre le sujet et l'objet entraînant une relation objectale instable, précaire évoluant vers un mode anaclitique. Ainsi s'ouvre le domaine vaste de l'économie de la dépression induite par l'angoisse de la perte d'un objet chez le sujet état limite. Cette angoisse de perte ne peut être abordée du fait de l'impossibilité de reconnaissance du manque de cet objet. Pour le sujet limite, le manque d'objet entraîne sa disparition dans l'espace psychique, parce qu'aucun sens ne peut être donné à l'absence, elle ne peut donner lieu à aucune construction fantasmatique.

Dans une première partie, l'auteur définit l'organisation des états limites et leurs aménagements. Il insiste sur la fragilité, la précarité et l'instabilité de la relation d'objet de l'angoisse perpétuelle de sa perte. Dans une seconde partie, l'auteur, expose, le concept de dépression limite et les éléments spécifiques de la symptomatologie dépressive dans l'organisation limite de la personnalité. Une troisième partie intégrative s'articule autour du cas clinique de Madame B : l'auteur y met en évidence la dépression dominant le tableau clinique d'une patiente présentant une personnalité limite. Une dernière partie est consacrée aux orientations thérapeutiques et à la nécessité d'une évaluation diagnostique précise avant la mise en place du projet thérapeutique qui doit être nécessairement spécifique et combiné. Ainsi l'association d'une pharmacothérapie et d'une psychothérapie, pratiquées par des thérapeutes différents, permet une prise en charge symptomatique de la dépression, pour accéder à la problématique de l'état limite.

I. ORGANISATION DES
ÉTATS LIMITES

I.1. ORGANISATION D'UNE STRUCTURE

I.1.1. Notion de structure de personnalité

Dans le vocabulaire commun,

la structure est un mode d'arrangement qui appartient aux corps organisés. Ils sont composés de parties élémentaires multiples et diverses par leur nature. C'est une manière dont les parties d'un tout sont arrangées entre elles, et dont un ensemble concret est envisagé dans son organisation. (Le petit Robert)

En psychopathologie (110)

la structure est constituée par les éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité fixés en un assemblage stable et définitif. Elle représente des bases constantes sur lesquelles se reposent le fonctionnement mental et les rapports interpersonnels.

En effet, derrière le jeu caractériel, fonctionnel ou morbide, derrière une symptomatologie fluctuante et toujours superficielle, il convient de rechercher les bases constantes sur lesquelles repose le fonctionnement mental.

FREUD (54), en 1936, dans les nouvelles conférences, rappelle que si nous laissons tomber à terre un bloc minéral sous forme cristallisée, il se brise mais pas d'une façon quelconque. Dans tout corps cristallisé, il existe à l'état d'équilibre normal des micro-cristallisations invisibles réunies entre elles pour former le corps total selon des lignes de clivage dont les limites, les directions et les angulations sont préétablies, précisément fixes et constantes. Ces lignes de clivage demeurent invisibles tant que le corps n'est pas brisé. Freud en fait une comparaison avec la structure mentale ; ainsi, l'organisation d'un individu se trouverait constituée de façon durable, spécifique, dans la situation normale, mais à l'occasion d'un accident, on retrouve ces lignes de clivage fondamentales entre les éléments primaires. Ainsi il estime, que ce soit au niveau de la maladie ou au niveau préalable de la simple structure non décompensée, qu'on ne peut pas passer du mode de structuration psychotique au mode de structuration névrotique ou inversement, une fois qu'un Moi spécifique est organisé.

I.1.2. Les grandes structures de base (22)

Une conception psychopathologique courante dans le passé qui se décomposait en postulats successifs assez simplistes, a bloqué toute recherche en psychologie structurelle pendant une certaine période.

La première distinction se faisait de manière automatique entre “ *ce qui délire* ” plus ou moins assimilé à la structure psychotique et “ *tout le reste* ” plus ou moins assimilé à la structure névrotique.

La deuxième dichotomie, tout aussi balbutiante, voyait dans le patient psychotique un trouble organique inguérissable quel que soit le traitement suivi et l’environnement. De l’autre côté le patient névrotique était un malade psychique qui ne pouvait guérir que s’il le voulait.

La genèse de la personnalité (52) provient d’une énergie psychique qui, elle-même, provient de PULSIONS. En effet, la pulsion est une charge énergétique qui fait tendre l’appareil psychique vers un but.

La pulsion a trois composantes :

- sa source : excitation interne,
- son but : éliminer la source de tension et permettre un retour à l’état antérieur de quiétude et,
- son objet : ce par quoi le but est atteint.

L’appareil psychique fonctionne selon le PRINCIPE DE PLAISIR : trouver le plaisir et éviter le déplaisir en déchargeant l’énergie pulsionnelle.

Le nourrisson, en l’absence d’objet pour le satisfaire (sein maternel), dispose de la satisfaction hallucinatoire du désir, mais ce processus primaire est incapable de réduire la tension d’où la notion de PRINCIPE DE REALITE.

Ces deux principes s’affrontent constamment ce qui est la source de CONFLITS.

I.1.2.1. La genèse de la structure de base

Nous avons évoqué que selon FREUD (54), lorsque le psychisme individuel avait atteint un degré d’organisation qui équivaut à une cristallisation définitive, il n’y avait plus de variation possible. Ainsi chaque sujet en cas de rupture de l’équilibre

antérieur, reste dans la même lignée structurelle, si ce changement est postérieur à cette organisation définitive.

Le terme de “Moi” correspond plutôt à l'accusatif allemand du pronom personnel de la première personne du singulier, c'est-à-dire “*mich*”. Alors que FREUD utilise le terme de “*Ich*”, c'est-à-dire au nominatif, le “*Je*” français ou encore le “*Ego*” latin employé par les auteurs anglo-saxons. Pour ces derniers auteurs, le “*Moi*” ne constituerait pas la toute première étape de la formation du psychisme infantile. Le véritable précurseur du “*Moi*” serait le “*Soi*” (self) (107). Dans une première étape, nous partons des états initiaux du Soi du petit enfant, dans leur indifférenciation somato-psychique. Peu à peu cette différenciation s'effectue et ainsi le Soi se distingue du non Soi (107). Dans cet état initial, le Soi concernerait pendant un temps assez long une certaine plasticité aux influences extérieures narcissiques, toxiques aussi bien que maturatives.

Dans une deuxième étape, nous assistons à une sorte de “*préorganisation*” déjà plus spécifique, en fonction des lignes de force déterminées d'une part par des données héréditaires et congénitales indéniables et d'autre part les expériences objectales successives. Ces dernières touchent des zones exogènes de plus en plus étendues, des pulsions de moins en moins partielles, permettant la progression vers les différents niveaux de la structuration du Soi puis du Moi. Les relations aux parents demeurent capitales, s'y ajoutent peu à peu au gré des circonstances les relations aux autres membres du contexte social et éducatif. Tout ceci se répercute dans le psychisme en formation, par des conflits, des frustrations, des traumatismes, mais aussi des assurances anaclitiques et des identifications positives.

Des défenses commencent à s'organiser de façon de moins en moins fluctuante et interchangeable. Le Soi manoeuvre par touches successives, par mouvements d'essais et de retraits, pour faire face aux menaces créées par l'extérieur et l'intérieur tant par la réalité que par les pulsions.

Progressivement le psychisme de l'individu s'organise, se “*crystallise*” selon un mode d'assemblage de ses éléments propres, selon une variété d'organisation interne avec des lignes de clivage et de cohésion qui ne pourront plus varier par la suite.

Une troisième étape se constitue donc, aboutissant à une véritable structure de la personnalité autrement dit un Moi authentique, qui ne pourra plus se modifier ni

changer de lignée fondamentale. Elle pourra cependant s'adapter ou se désadapter, de façon définitive ou réversible, selon une ligne d'organisation structurelle inchangeable. Tant qu'un sujet de l'une ou l'autre des structures stables, n'est pas soumis à de trop fortes épreuves internes ou externes, à des traumatismes affectifs trop intenses, à des frustrations trop grandes ou des conflits trop intenses, il ne sera pas " *malade* ". Le " *crystal* " tiendra bon. Un événement quelconque peut survenir, de nature à briser le " *crystal* ", et ainsi entraîner une fêlure selon les lignes de forces et de ruptures pré-établies dans l'enfance ou dans l'adolescence.

Ceci implique qu'il n'existe que deux structures psychiques stables : la structure névrotique et la structure psychotique. Le terme de structure de base convient autant aux incidents pathologiques pouvant survenir dans l'axe de telle organisation que pour le reste de cet axe en entier en dehors de toute atteinte morbide. Cependant, entre ces deux seules structures, une place est laissée pour d'autres entités cliniques, moins solidement organisées et qui n'ont justement pas le droit au " *statut* " de structure.

I.1.2.2. Psychogénèse psychotique (110)

La ligne de partage des fixations, donnant une prédisposition structurelle psychotique, se situe au milieu du stade sadique anal (entre réjection et rétention anale). Ainsi, un Moi ayant subi des limitations très précoces assez considérables, fixé antérieurement à cette ligne, se préorganiserait de façon psychotique.

L'évolution de ce Moi se verrait alors suspendue pendant toute la période de latence. Cette évolution peut être remise en cause au moment de l'adolescence pour ensuite donner naissance à une véritable organisation. Il peut exister, au moment de la crise d'adolescence, un changement de lignée structurelle du fait d'une psychothérapie ou, spontanément, à l'occasion d'une rencontre fortuite et opportune avec des objets particulièrement représentatifs et réparateurs sur un plan narcissique et oedipien.

I.1.2.3. Psychogénèse névrotique (110)

Un Moi, n'ayant pas connu de fixations très sévères pendant toute la période prégénitale et qui va aborder les inévitables conflits oedipiens avec une assez grande liberté, peut se voir imprimer une organisation pré-structurelle établie sous le primat du génital et va prendre la voie névrotique. L'évolution structurelle sera interrompue pendant la période de latence, stagnera et reprendra au moment de l'adolescence, ce qui permettra une orientation vers une structure névrotique définitive.

De même que dans la lignée précédente, un faible risque de variation existe. C'est le cas, notamment lorsque l'adolescence survient dans des conditions défavorables.

Sur le schéma d'ensemble de la psychogenèse des différentes lignées structurelles, un espace demeuré inoccupé se situe en aval de la "*divided line*" (1) ou ligne de partage et en amont de la ligne de début de l'Oedipe.

I.1.2.4. Les "astructurations" (22)

Cette distinction, certes un peu simplifiée, fait apparaître l'existence d'une série d'entités cliniques ou de modes de fonctionnement mental auxquels les deux grands cadres structurels ne peuvent convenir.

On groupe la plupart de ces entités sous le terme de "*Border-line*" traduit en français par "*Etat limite*". Selon les auteurs, il peut s'agir de formes mineures de psychoses, de formes majeures de névroses, d'une forme de passage entre névrose et psychose (KERNBERG), ou enfin d'une entité nosologique indépendante (BERGERET).

I.2. LES ÉTATS LIMITES ET LEURS AMÉNAGEMENTS

I.2.1. Tronc commun des états limites

Le Moi a dépassé, sans de trop grandes frustrations ni de trop grosses fixations, le moment où les relations initiales et précoces de mauvaise qualité auraient pu opérer une préorganisation de type psychotique.

Le Moi poursuit son évolution jusqu'au début de l'Oedipe, où la triangulation ne peut s'aborder dans des conditions favorables. En effet, ce Moi va être "*fragilisé*". Cela rend le sujet vulnérable à des événements de vie qui n'auraient probablement pas été traumatisants pour d'autres personnes. C'est la notion de *traumatisme psychique précoce* qui correspond à une frustration très vive et à un risque de perte d'objet. Il s'agit d'un émoi pulsionnel intense survenu dans un état encore trop mal organisé et trop peu mûr quant à son équipement, ses adaptations et ses défenses. On peut considérer que l'enfant est entré, d'un seul coup, dans une situation oedipienne à laquelle il n'était pas préparé. Il lui sera impossible de s'appuyer sur l'amour du père pour supporter les sentiments hostiles envers sa mère et inversement. De même, il lui sera difficile d'utiliser pleinement le refoulement pour éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive. Les imperfections et les échecs du refoulement sont

fréquents, et donc l'enfant devra faire appel à des mécanismes de défense plus archaïques, mais moins coûteux, pour le Moi tels que :

- le déni de représentations sexuelles et non de la réalité,
- le clivage de l'objet et non du Moi
- l'identification projective et le maniement omnipotent de l'objet (20)

Le traumatisme précoce joue le rôle de premier désorganisateur, qui entraîne un arrêt de l'évolution libidinale ultérieure du sujet. Cette évolution figée d'emblée dans une pseudo-latence recouvrant la période de latence normale se prolongera au delà de ce qui aurait dû être l'adolescence pour se poursuivre à l'âge adulte. Le tronc commun des états limites est constitué par le blocage évolutif de la maturité affective du Moi. Ce tronc commun ne remplit pas les définitions d'une structure par l'absence de fixité, de solidité et de spécificités des organisations. Il s'agit d'une organisation au statut provisoire même s'il peut se prolonger assez longtemps sans trop de modifications. C'est un effort coûteux du Moi dont le but est de demeurer dans un "équilibre" fragile et instable, à égale distance des deux grandes structures où l'une s'est trouvée dépassée et l'autre pas atteinte.

Comme le souligne Bergeret : *" c'est au milieu de tous ces problèmes que Le Moi, tel un roseau (tronc commun) essaie de se plier et de se livrer à maintes contorsions de manière à ne pas rompre au cours des orages affectifs "*. (22)

I.2.2. L'organisation limite

Les termes de *" cas-limites "*, *" états-limites "*, *" Borderline "* représentent un groupe d'entité commun. Le terme *" Borderline "* fut employé pour la première fois par EISENSTEIN en 1949. Il regroupait les tableaux cliniques ne correspondant pas aux lignées névrotiques ou psychotiques classiques.

De nombreux autres termes (personnalité *" psychopathique "*, *" as if "...*) ont été employés, mettant l'accent sur la notion de *" personnalité "* et non de *" structure "*, ou insistant également sur l'aspect *" caractériel "* de ces patients.

S. FREUD est parti de sa définition du conflit névrotique pour établir des distinctions entre les catégories non névrotiques. L'introduction du concept de narcissisme, la mise en relief du rôle de l'Idéal du Moi, la description du choix d'objet anaclitique, la découverte du rôle joué par les frustrations affectives de l'enfant, amène FREUD en

1931 (54) à reconnaître l'existence d'un type libidinal "*narcissique*" sans Surmoi complètement constitué, où l'essentiel du conflit post-oedipien ne se situe pas dans une opposition entre le Moi et le Surmoi. De même, il dépeint en 1924 (60) une déformation du Moi se présentant comme intermédiaire, justement, entre l'éclatement psychotique et le conflit névrotique. Dans les derniers travaux, il décrit le clivage, le déni et fait allusion à un type narcissique de personnalité.

De nombreux auteurs post-freudiens ont décrit des "*personnalités*" ou des "*caractères*" ne cadrant plus avec les critères classiques. M. BOUVET (31) a développé la notion d'objet pré-génital, et celle des situations où la triangulation oedipienne ne peut pas arriver à jouer le rôle d'un véritable organisateur.

Le propre de la structure névrotique repose sur un aménagement dans le conflit latent qui oppose le Ça au Surmoi à travers le Moi ; ce conflit est génital et oedipien. La structuration psychotique correspond à un conflit entre pulsion et réalité ; conflit dont le Moi est exclu. L'organisation limite, conflit entre le Moi et l'idéal du Moi, est avant tout une maladie du narcissisme. La relation d'objet est centrée sur la dépendance anaclitique à l'égard de l'autre. Le danger contre lequel le sujet état limite lutte est avant tout la dépression.

I.2.2.1. Le Moi anaclitique (22)

Il existe, dans les états limites, deux secteurs opérationnels du Moi : l'un dans le cadre d'une classique adaptation aux données de la réalité extérieure et l'autre fonctionnant sur un mode beaucoup plus autonome par rapport à la réalité et essentiellement fixé aux besoins narcissiques internes ainsi qu'aux rassurantes relations anaclitiques. Cette dualité n'est pas un clivage mais une réaction défensive destinée à éviter la menace d'éclatement (55). Le Moi se déforme et va opérer sur deux registres différents : l'un adaptatif dans le champ relationnel où il n'existe pas de menace narcissique et l'autre anaclitique dès qu'une menace de perte d'objet apparaît. Le problème économique se joue dans les rapports entre ces deux systèmes adaptatif et défensif permettant sécurité et mobilité mais ne constituant jamais une solidité véritable.

Le sujet demeure trop massivement dépendant des variations de la réalité extérieure et des positions des objets comme de leur distance à son égard. Cet état peu

structuré représente un aménagement ni trop fixé, ni trop solide, ni trop spécifié, en conservant un certain degré de flexibilité.

Ces sujets ressentent un immense besoin d'affection, se montrent pour cela séducteurs. Leur lutte sans fin contre la dépression les oblige à une incessante activité. Leurs difficultés à s'engager les placent dans la nécessité de se rendre à tout moment disponibles et adaptables, faute de pouvoir être réellement et durablement adaptés.

Les organisations limites résistent mal aux frustrations qui réveillent d'anciennes frustrations infantiles significatives. Ces sujets, perçus comme " *écorchés vifs* ", utilisent facilement des traits de caractère paranoïaque pour tenter d'effrayer celui qui pourrait les frustrer. Leur narcissisme est mal établi et fragile. Ils sont soumis à un excessif besoin de compréhension, de respect, d'affection et de soutien (153). Leur " *objet* " est ressenti comme persécuteur mais à double rôle censeur et protecteur ce qui entraîne une importante ambivalence.

I.2.2.2. La relation à l'objet anaclitique (22)

" *Anaclitique* " signifie se trouve renversé en arrière, couché sur le dos de façon passive. Le sens dérivé rend compte des mots de " *se replier sur* " " *incliner vers* " " *se coucher contre* ". Ainsi le sujet, en attente passive, s'appuie sur l'interlocuteur en quête de satisfactions positives et le manipule parfois de manière agressive.

La relation d'objet est une relation de grande dépendance. Elle implique, contrairement au psychotique ou au névrosé, autant les deux parents dont il faut être aimé et aidé (70). Il faut donc que le sujet les agresse et les maîtrise à part égale. Les frustrations subies sont plus tardives et moins massives. Elles proviennent de la mère comme du père, non pas comme parent sexué mais bien en tant qu' " *adultes* " (31).

Les organisations limites demeurent bloquées, dans leurs évolutions affectives, à une relation d'objet de type principalement anaclitique qui témoigne d'un attachement particulier à l'objet.

I.2.2.3. L'angoisse dépressive (22)

Sa principale caractéristique clinique correspond au mode de réactions déployé pour lutter contre l'angoisse qui survient dès que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut et de lui échapper.

C'est une angoisse de perte d'objet car, sans l'objet, le sujet risque de sombrer dans la dépression. Le sujet a besoin de " *l'autre* " à ses côtés ; s'il redoute les dangers de l'intrusion dans la trop grande proximité, il ne peut se résoudre à demeurer seul, c'est pourquoi il recherche volontiers le groupe et s'y sent rassuré.

Cette angoisse de dépression caractérise l'organisation limite et sa spécificité à côté de l'angoisse de morcellement du psychotique ou de l'angoisse de castration du névrotique.

Il demeure fondamental, en pratique clinique, de distinguer ces trois formes très différentes d'angoisse pour permettre de porter un diagnostic se référant à la nature du mode de structuration de la personnalité. Entre deux positions extrêmes, l'angoisse de dépression se situe à la fois dans le passé, comme chez le psychotique évoquant morcellement, désespoir et repli, et dans le futur, comme chez le névrosé évoquant castration et faute (67). Elle rappelle ainsi un passé malheureux mais témoigne d'une espérance de sauvegarde investie dans la relation de dépendance à l'autre.

I.2.2.4. Les instances idéales (22)

Chez le psychotique, il existe des failles dans les instances idéales qui se trouvent réduites à l'état de noyaux épars dans le Surmoi et l'idéal du Moi. Elles sont très focalisées et strictement circonscrites à des secteurs restreints sans valeur organisatrice. Dans les états limites, au contraire, même si le rôle du Surmoi est imparfait, l'idéal du Moi se comporte en véritable pôle autour duquel s'organise la personnalité.

Par rapport à la structure névrotique, les différences sont plus subtiles (70). Dans les états limites, pendant la période qui devrait marquer le début de l'Oedipe, on assiste à une congélation de l'évolution libidinale sur les fixations prégénitales précédant la phase phallique. Puis l'Oedipe se trouve " *sauté* " pour parvenir à la période de pseudo-latence, au cours de laquelle il existe des éléments oedipiens et Surmoïques qui ne constituent cependant pas le pôle principal d'organisation.

Par ailleurs tous les sujets limites ne sont pas parvenus au même degré d'acquis oedipiens. Cela dépend des conditions d'impact du traumatisme désorganisateur précoce, de l'intensité de l'affect, de son mode de réception en rapport avec

l'immaturation du Moi et des moyens dont le sujet disposait pour y faire face. La régression préoedipienne, survenue trop précocement au sein d'un Moi encore mal équipé, entraîne les premiers éléments Surmoïques constitués vers des fixations au niveau d'un idéal du Moi puéril et gigantesque. L'idéal du Moi étant bien plus archaïque que le Surmoi, les personnalités limites sont donc incomplètes, fragiles et imparfaites. La constatation d'un échec dans des ambitions idéales, en ce qui concerne des possibilités personnelles, n'amène pas les sujets à une modestie ou à la culpabilité mais agit de manière à créer une honte et un dégoût de soi-même (lignée narcissique) éventuellement projetés sur les autres.

Une autre conséquence de la faiblesse du Surmoi est représentée par la facilité avec laquelle le sujet, faute de représentation mentale ou d'expression verbale, a recours à des passages à l'acte souvent inattendus et incompréhensibles. Il est souvent plus facile de communiquer sous la pression des nécessités de l'action que par le moyen d'expression verbalisée ou à plus forte raison de laisser s'élaborer des fantasmes ou des idées, de les reconnaître et de les intégrer.

I.2.2.5. Les mécanismes de défense

Quand les images de soi et d'objet se sont relativement bien différenciées les unes des autres, et quand le retour à une fusion régressive de ces représentations ne peut se produire, la différenciation des frontières du Moi se développe alors de façon relativement peu perturbée. Le patient limite, conserve intact les frontières du Moi et son appréciation de l'épreuve de réalité. Le manque de synthèse entre les images de soi et d'objets contradictoires a de nombreuses conséquences pathologiques. Le clivage se maintient comme mécanisme essentiel pour prévenir la diffusion de l'angoisse dans le Moi et protéger les introjections et identifications positives. La nécessité de protéger les représentations du bon soi, des bons objets et des bons objets externes, conduit à de nombreuses autres opérations défensives, qui constituent des mécanismes de défense caractéristiques aux organisations limites de la personnalité.

Le principal mécanisme de défense névrotique demeure le refoulement, aidé par d'autres mécanismes accessoires. Ce mécanisme, assez tardif, élaboré, opère peu dans les états-limites (92).

I.2.2.5.1. Le clivage

Il représente une opération essentielle dans l'organisation limite de la personnalité. L'utilisation restreinte et limitée du terme de clivage signifie que le processus actif permet un maintien séparé des introjections et identifications.

L'intégration des introjections et identifications de qualité opposée, représente la source la plus importante de neutralisation de l'agressivité (92). Dans des conditions pathologiques, sources de clivages excessifs, cette neutralisation ne peut s'établir de manière satisfaisante ; ainsi le Moi manque d'énergie essentielle à sa croissance.

Le clivage est une cause fondamentale de la faiblesse du Moi. Comme le clivage nécessite également des contre-investissements moindres que le refoulement, un Moi faible retombe dans le clivage. Un cercle vicieux s'installe où faiblesse du Moi et clivage se renforcent réciproquement.

La manifestation clinique du clivage peut être l'expression alternative de facettes complémentaires au sein d'un conflit qui s'accompagnera d'un déni modéré et d'un manque de préoccupations pour cette contradiction entre la conduite et l'expérience interne du patient.

Le manque de contrôle pulsionnel est une autre manifestation directe du clivage qui s'exerce dans un domaine précis. Il se manifeste dans des jaillissements épisodiques de pulsions primitives qui restent syntones au Moi lorsqu'elles s'expriment. La manifestation la plus fréquente du clivage est la division des objets externes en certains " *totalelement bons* " et d'autres " *totalelement mauvais* " avec possibilité, pour l'un de ces objets, d'un passage complet et brutal de l'un à l'autre des extrêmes. On repère fréquemment un renversement soudain et complet de toutes les idées et les sentiments à l'égard d'une personne particulière. Des oscillations extrêmes et répétées entre des concepts de soi contradictoires peuvent être aussi le résultat de mécanisme de clivage.

Le clivage, au même titre que le refoulement chez le patient névrotique, s'associe à d'autres mécanismes.

I.2.2.5.2. L'idéalisation primitive (92)

Elle se caractérise par la tendance à voir les objets externes comme totalement " *bons* ", pour qu'ils puissent protéger l'individu contre les " *mauvais* " objets et qu'il ne puisse être contaminé, abîmé ou détruit par sa propre agressivité ou par celle projetée sur d'autres objets. Elle crée des images d'objet irréelles, totalement bonnes et puissantes, ce qui affecte aussi négativement le développement de l'idéal du Moi et du

Surmoi. Elle n'implique ni reconnaissance consciente ou inconsciente de l'agressivité envers l'objet, ni culpabilité devant cette agressivité, ni préoccupation pour l'objet. Ainsi, ce n'est pas une formation réactionnelle mais la manifestation directe d'un fantasme primitif protecteur. Il n'y a pas de réelles considérations de l'objet idéal, mais un simple besoin de protection contre le monde environnant d'objets dangereux. L'objet idéal est également un réceptacle à l'identification omniprésente.

I.2.2.5.3. L'identification projective

Les patients ayant une organisation limite de la personnalité tendent à avoir de fortes tendances projectives. Le principal but de la projection est d'externaliser les images de soi et d'objet totalement mauvaises et agressives.

La principale conséquence de ce besoin est le développement d'objet dangereux (103), sources de représailles, contre lesquelles le patient doit se défendre. Cette projection de l'agressivité est plutôt inefficace. L'extrême intensité de leur projection, associée à la faiblesse d'ensemble du Moi, affaiblit les frontières du Moi dans le champ de la projection de l'agressivité. Ces patients ont encore le sentiment de pouvoir s'identifier à l'objet sur lequel l'agressivité a été projetée et de maintenir leur " *empathie* " à cet objet maintenant menaçant, ce qui augmente la crainte de leur propre agressivité projetée.

Ils doivent donc contrôler l'objet en permanence pour l'empêcher de les attaquer, et doivent ainsi attaquer et prendre le contrôle de l'objet avant qu'eux même soient attaqués et détruits (93, 139).

L'identification projective se caractérise par un manque de différenciation entre le soi et l'objet, du fait de la pulsion toujours ressentie et de la crainte de cette pulsion, tant que la projection est active.

Toutes ces déformations agressives des images d'objet influencent aussi, de manière pathologique, le développement du Surmoi.

I.2.2.5.4. Le déni

Le patient est conscient, qu'à un moment précis, sa perception, ses pensées et ses sentiments sur lui-même ou à l'égard d'une autre personne sont totalement opposés à ceux qu'il a pu avoir à d'autres moments.

Ce souvenir n'a pas de conséquence affective et ne peut influencer la nature de ses sentiments actuels. Par la suite, il pourra revenir à l'état antérieur du Moi et dénier le

présent, en conservant à nouveau ce souvenir mais sans pouvoir établir de lien affectif entre ces deux états du Moi (104).

Ces patients admettent avoir une connaissance intellectuelle du secteur dénié, mais ils sont incapables de l'intégrer au reste de leur expérience affective. Ce mécanisme est différent du déni qui se situe à un niveau plus élevé tel qu'on le retrouve dans le mécanisme de la négation (62).

Dans la négation, il existe un contenu mental “ *chargé d'un signe négatif* ” : le patient déclare qu'il sait ce que lui-même ou quelqu'un d'autre pourrait penser à propos de quelque chose mais cette possibilité se trouve rejetée en tant que pure spéculation intellectuelle. Dans ce cas, l'affect responsable, qui a été dénié, n'est jamais parvenu au niveau de la conscience et reste refoulé. La négation est une forme plus élevée de déni liée au refoulement. A un niveau intermédiaire, chez les patients limites, se situe le déni des émotions opposées à celles qu'éprouve actuellement le patient, en particulier le déni maniaque de la dépression. Dans cette forme de déni, un affect complètement opposé sert à renforcer la tenue du Moi contre une partie menaçante de l'expérience du soi.

I.2.2.5.5. Omnipotence et dévalorisation

Ces deux mécanismes sont liées étroitement au clivage et représentent en même temps les manifestations directes de l'utilisation défensive de l'introjection et de l'identification primitive.

Ces patients voient cohabiter un besoin d'établir une relation de quête et de dépendance à un “ *objet magique* ” idéalisé, avec des fantasmes ou des conduites qui trahissent un sentiment profond d'omnipotence de leur part.

Ces deux aspects représentent leur identification à un objet “ *totale bon* ”, idéalisé et tout puissant, ce qui est une protection contre les mauvais objets “ *persécuteurs* ”. Il n'y a pas de réelles dépendances par l'objet idéal. La personne idéalisée est traitée avec rudesse et de manière possessive comme une extension du patient lui-même. Le besoin de contrôler les objets idéalisés, de les utiliser pour manipuler et exploiter l'entourage ainsi que pour “ *détruire les erreurs potentielles* ”, se rapporte à l'orgueil inhabituel de “ *posséder* ” ces objets parfaits entièrement consacrés au patient.

Sous les sentiments d'insécurité, d'autocritique et d'infériorité que ces patients limites présentent, on trouve fréquemment des sentiments de grandeur et d'omnipotence. Ceux-ci prennent souvent l'aspect de la conviction inconsciente qu'ils sont en droit d'attendre satisfaction et hommage, d'être traités comme des personnalités privilégiées spéciales.

La dévalorisation des objets externes est en partie le corollaire de l'omnipotence : si un objet externe n'est plus source de satisfaction ou de protection, il faut le rejeter parce qu'il n'y avait au départ aucun amour réel pour cet objet. La destruction par vengeance de l'objet qui frustre permet aussi de le dévaloriser (104).

I.3. L'ANGOISSE DE PERTE D'AMOUR DE LA PART DE L'OBJET

Tout être humain est confronté, dans le cours de son développement et de sa vie à l'absence ou à la perte d'êtres chers. Pour accepter et élaborer la problématique qui sous-tend ces situations, il doit traiter psychiquement cette perte, qui oriente vers la notion de permanence et de stabilité des représentations d'objet.

Chez les sujets limites, la relation d'objet est instable, précaire, difficile à établir. Les limites entre le dedans et le dehors, et donc entre le sujet et l'objet sont peu solides, poreuses voire inexistantes. Le manque d'objet entraîne ainsi sa disparition dans l'espace psychique parce qu'aucun sens ne peut être donné à l'absence. Celle-ci ne permet pas de construction fantasmatique qui lie la douleur de la perte à une représentation qui permet une élaboration.

FREUD (61) s'interroge sur les effets de la séparation avec l'objet qui fait que, une fois posé le caractère immanquablement douloureux de la perte, les réactions soient aussi différentes : angoisse, deuil, douleur. Il rattache d'abord le traumatisme à l'impossibilité du nourrisson à comprendre ou à expliquer l'absence de sa mère ; le surgissement de l'angoisse, associé à l'état de détresse, est déterminé par la perte de la perception de l'objet éprouvé comme perte réelle de l'objet. FREUD (62) suggère deux hypothèses concernant la perte : la perte d'objet à une valeur essentielle et structurante pour accéder à la représentation psychique, les affects sont importants dans la genèse des représentations ainsi que dans la constitution de l'espace psychique.

Les fonctionnements limites montrent des difficultés patentes dans leur capacité d'élaboration de la position dépressive (105). Cette position fait de la mère une personne totale susceptible d'être perçue, prise comme objet pulsionnel et introjecté. Les aspects bons et mauvais ne sont pas clivés entre des objets radicalement distincts. La qualité bonne ou mauvaise est attribuée désormais à un seul et même objet qui est : objet total. L'écart entre l'objet fantasmatique interne et l'objet externe se réduit. Cette

réduction est rendue possible grâce à l'unification des pulsions agressives et libidinales autour d'un même objet. Ainsi, s'ouvre l'accès à l'ambivalence qui permet une plus grande proximité entre la bonne et la mauvaise mère. Chez les états limites, le rapprochement entre l'amour et la haine est précaire voire dangereux. Cela entraîne le maintien de l'écart entre le bon et le mauvais et entre l'interne et l'externe.

Lorsque la position dépressive est élaborée, l'angoisse porte sur la perte totale, intérieure ou extérieure.

Selon M. KLEIN (105) le sadisme infantile risque, fantasmatiquement, de détruire l'objet ou de lui porter atteinte ou encore de susciter son abandon. C'est alors que survient l'angoisse et son mode de traitement par des défenses maniaques. Le dépassement de la position dépressive est rendu possible par l'inhibition de l'agressivité destructive et par la réparation de l'objet : en rendant à l'objet d'amour son intégrité et en annulant le mal qu'il croit lui avoir fait. L'enfant s'assure la possession d'un objet " *bon* " et surtout suffisamment stable pour être introjecté et renforcer le Moi. Les fantasmes de réparation occupent une fonction structurante dans le développement des identifications et la consolidation du Moi.

Les fonctionnements névrotiques sont susceptibles d'admettre l'ambivalence des sentiments grâce aux capacités de liaison pulsionnelle qui les caractérisent. Dans les fonctionnements limites, cette liaison est beaucoup plus précaire et aléatoire : les possibilités de contenance de l'excitation pulsionnelle sont discontinues et entraînent des procédures défensives hétérogènes, marquées par l'isolement et les ruptures dans les différents registres utilisés.

Des modalités de fonctionnements qui renvoient à la position paranoïde-schizoïde (105) sont susceptibles d'être mobilisés de manière ponctuelle plus ou moins fréquemment. Dans cette position, antérieure à la position dépressive, la libido et l'agressivité sont d'emblée présentes et unies, mais l'objet reste partiel avec le sein maternel comme prototype. Cet objet est, d'emblée, clivé en bon ou mauvais objet du fait de la projection d'amour ou de haine. Le bon et le mauvais objets sont relativement autonomes l'un par rapport à l'autre et demeurent soumis aux mécanismes d'introjection et de projection. Le bon objet idéalisé est introjecté, ce qui préserve l'enfant des menaces persécutives, alors que le mauvais objet terrorisant, lorsqu'il est introjecté, implique un danger de destruction interne. Dans ce contexte, le Moi très peu

solide est faiblement tolérant à l'angoisse. LAPLANCHE et PONTALIS (110) soulignent que, dans la perspective kleinienne, “ *tout individu passe normalement par des phases où prédominent des anxiétés et des mécanismes psychotiques : position paranoïde puis position dépressive. Le dépassement de la position paranoïde dépend notamment de la force relative des pulsions libidinales par rapport aux pulsions agressives* ”.

Dans le fonctionnement limite, les mouvements pulsionnels sont peu liés. Leur valence agressive est massive et débordante ; cela s'associe à des modalités d'établissement de relation d'objet singulières, marquées par un extrême attachement, voire une hyperdépendance par rapport aux objets externes, surinvestis pour pallier aux défaillances d'objets internes insuffisamment solides et fiables. Ceux-ci sont régulièrement mis en danger par les attaques destructives qui les visent, peut être, justement, en réaction au caractère extrêmement excitant des objets externes menaçant pour le sentiment de continuité narcissique. L'autre constitue un pôle d'attraction considérable mais l'hypersensibilité à ses effets excitants et déstabilisants apparaît en particulier dans des manifestations de haine à son égard. Un véritable cercle vicieux s'enclenche et se répète dans le cours des événements psychiques : les attaques agressives et destructrices fragilisent les objets, ceux-ci demeurent par la même insécures et insuffisamment soutenant à la fois sur le plan narcissique et de l'étayage. Le système relationnel entre le sujet et de tels objets est nécessairement marqué par la frustration et l'insatisfaction, ce qui engendre colère et haine.

I.3.1. La porosité des limites

Dans l'approche descriptive des fonctionnements limites, on retrouve régulièrement une caractéristique essentielle : la différenciation précaire entre le sujet et l'autre, entre le dedans et le dehors. Cette discontinuité est patente et vient de l'hétérogénéité du fonctionnement psychique.

D. ANZIEU (17) propose une définition du concept de Moi peau : “ *Par Moi peau, je 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. Cela*

correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur un plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif”.

E. BICK (29) propose l’hypothèse d’une “*seconde peau musculaire*” et montre que, sous leur forme la plus primitive, les parties du psychisme ne sont pas encore différenciées des parties du corps et peuvent manquer d’une force cohésive (binding force) suffisante pour assurer la liaison entre elles. Lorsque la fonction contenante n’est pas suffisamment assurée par la mère ou qu’elle est fantasmatiquement endommagée, l’enfant ne peut l’introjecter. A l’introjection normale se substitue une identification projective pathologique continue. L’enfant cherche frénétiquement un objet externe qui lui permette de maintenir ensemble les différentes parties du soi. Ainsi, le mauvais fonctionnement de la “*première peau*” peut déterminer la formation d’une “*seconde peau*” sorte de prothèse substitutive, d’ “*ersatz musculaire*”. Cette seconde peau musculaire remplace la dépendance maternelle vis-à-vis de l’objet par une pseudodépendance. La première peau de BICK (29) correspond au Moi peau de ANZIEU (17).

Le concept de Moi peau s’avère particulièrement intéressant dans la compréhension des fonctionnements limites. En effet, le Moi peau, à l’instar du Moi freudien compris comme interface, comporte un feuillet interne, enveloppe psychique contenante, et un feuillet externe, lieu de contact entre le psychisme et le monde extérieur. Les fonctions attribuées au Moi peau s’étayent sur les fonctions de la peau :

- la fonction de maintenance du psychisme est soutenue par l’identification primaire à un objet support maternel,
- la fonction de contenance, lorsqu’elle est défaillante, entraîne deux types d’angoisse : l’une déterminée par une excitation pulsionnelle diffuse, l’autre par les trous psychiques représentés par l’image d’un *Moi peau passoire*, caractéristique patente chez les fonctionnements limites,
- la fonction de pare-excitation est assurée de manière précaire et discontinue. Ses insuffisances déclenchent soit des angoisses paranoïdes, soit des angoisses dépressives nécessitant un surinvestissement de la fonction d’étayage de l’objet, sans recours possible à un auto-étayage,

- la fonction d'individuation de soi, mal assurée, menace le sentiment d'identité par le flou des limites et déclenche des impressions d'inquiétante étrangeté,

- en contraste, la fonction d'intersensorialité, reliant entre elles les sensations de diverses natures, est fermement assurée et même surinvestie. Gravement absente chez le psychotique, elle entraîne l'émergence d'angoisse de morcellement et de démantèlement,

- la fonction de soutien de l'excitation sexuelle paraît également intégrée, même si elle se manifeste sur un mode sporadique, intermittent d'alternance entre des emballements libidinaux intenses et des déceptions dépressives tout aussi vives,

- la fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique est elle aussi alternative et varie beaucoup d'un sujet à l'autre. Pour certains, la relance libidinale reste toujours possible et témoigne de potentialités de liaisons pulsionnelles effectives ; pour d'autres, la réanimation libidinale s'avère beaucoup plus fragile et peut aller jusqu'à s'éteindre,

- la fonction d'inscription des traces sensorielles, qui permet de marquer la psyché par des inscriptions venant de l'extérieur, met en évidence une hypersensibilité à l'impact du dehors.

I.3.2. La dépendance

La porosité des limites, la prise en charge intermittente des fonctions de contenance, entraînent, sur le plan des relations, des modalités spécifiques permettant de repérer deux registres : l'un, qui vise à l'établissement et au renforcement de barrières étanches entre dedans et dehors afin de pallier l'hypersensibilité aux excitations externes ; l'autre, qui montre en contraste, une effraction itérative des fonctions mettant notamment en évidence la projection de mouvements pulsionnels internes.

Les investissements dans la relation à l'autre témoignent d'une double polarité : d'une part un attachement extrême aux personnes, d'autre part des manifestations d'agressivité et de haine majeures, les deux étant, bien-sûr, enlisés dans une sorte de circularité répétitive. Les mouvements pulsionnels agressifs sont dangereux par leurs potentialités destructrices. Ils nécessitent une réassurance permanente pour apaiser l'angoisse d'avoir détruit l'autre, par la contrainte du surinvestissement de sa présence et donc par la dépendance à lui. Il y a une sorte d'agrippement à la présence réelle de l'autre qui entraîne un désir concomitant de se dégager de lui, et cela grâce à

l'émergence de la haine. Ce déroulement répétitif met en évidence l'extrême difficulté d'accès à l'ambivalence. Du point de vue kleinien, cela s'explique par l'incapacité d'élaboration de la position dépressive et donc l'impossibilité d'intégration de l'ambivalence. Pour assurer l'ambivalence, il faut pouvoir se représenter un objet total et stable, à la fois bon et mauvais qui permet d'associer l'amour et la haine dans une dialectique supportable. Dans les fonctionnements limites, cette continuité ne peut se faire, ce qui les obligent à avoir recours au clivage dans leur modalité d'investissement d'objet, clivage ordonné par la prévalence de la position paranoïde-schizoïde.

Les mouvements agressifs des états limites sont différents des fantasmes d'anéantissement des psychotiques, du fait des potentialités de liaison libidinale. Amour et haine ne sont pas dans une simple relation de renversement : la haine ne relève pas de l'inversion de l'amour en son contraire. FREUD (63) reprend la notion d'ambivalence en terme d'activité-passivité soutenant l'opposition entre amour et haine et entre pulsions du Moi et pulsions sexuelles. Si le mot "*aimer*" se réfère à l'investissement sexuel des objets, le mot "*hair*" ne témoigne nullement d'une relation aussi intime ou sexuelle car seul le déplaisir semble jouer un rôle décisif. Amour et haine ne procèdent pas du clivage d'un élément originaire commun et relèvent chacun de processus de développement spécifiques. L'amour provient de la capacité du Moi à satisfaire auto-érotiquement une partie de ses notions pulsionnelles. La haine, en tant que relation à l'objet, plus ancienne que l'amour, prend sa source dans le refus du monde extérieur, refus déterminé par le Moi narcissique. Elle constitue une manifestation de déplaisir en réaction aux objets. Dans cette perspective, elle reste en relation avec les pulsions d'autoconservation qui sont en perpétuelle opposition avec les pulsions sexuelles.

La seconde théorie des pulsions (63) marque encore plus profondément l'opposition entre amour et haine, et fait le parallèle dans l'opposition entre pulsions de vie et pulsions de mort. Il ne faut pas simplifier et confondre, haine et pulsion de mort car elle soutient d'autres processus et en particulier la compulsion de répétition. Enfin, la fonction de la haine se découvre dans la constitution et l'établissement des représentations différenciées du sujet et de l'objet, à travers la dialectique des opérations d'introjection et de projection et celle des jugements d'attribution (63). Ainsi s'établit la reconnaissance de la subjectivité, corrélative de celle de l'objectivité. Au départ, la haine n'est pas renvoyée aux qualités de l'objet qui seraient sources de

déplaisir par le sujet, mais à la présence même de cet objet qui menacerait le sentiment de continuité, aspiration fondamentale du Moi soutenue par les pulsions d'autoconservation. C'est donc dans un mouvement de séparation et de différenciation que se situe la haine comme indice de la prise en compte affective de l'existence de l'objet.

Chez les sujets limites, les réactions et les manifestations de haine verbales, comportementales, fantasmatiques sont massives et souvent débordantes. Cette haine débridée est susceptible de se retourner contre la personne dans des conduites autodestructrices dont la violence se démultiplie, soutenue par des mouvements psychiques mélancoliques. Dans ce trouble de la personnalité, la haine est sous-jacente aux conduites de dépendance, et notamment aux états de panique qui engendrent un contre investissement d'allure phobique : le patient ne peut se séparer de ses proches, montre un extrême attachement à sa famille et semble incapable d'assurer le moindre désir porté vers l'extérieur. Ce " *collage* " relationnel est à la mesure de sa haine : les mouvements agressifs mobilisés ne peuvent s'exprimer du fait de leur massivité et de leur force. Le sujet est en proie à des fantasmes destructeurs intenses, qui ne sont pas contenus par un système de pare-excitation et surtout ne peuvent être liés par des mécanismes d'intériorisation suffisants : l'absence de l'autre est équivalent à sa disparition. L'extrême dépendance à sa présence, effective et tangible, est déterminée par l'angoisse de l'avoir détruit (105). L'amour de l'objet ne se sépare pas de sa destruction : l'ambivalence devient une qualité de l'objet lui-même contre laquelle le sujet lutte en le clivant en bon et mauvais objet. Un objet ambivalent, qui serait à la fois idéalement bon et foncièrement destructeur reste intolérable.

Les conduites addictives illustrent clairement ce processus. La prise de conscience de la dimension haineuse quelque soit le toxique est extrêmement longue et difficile du fait de cet aménagement particulier par le clivage et le déni.

I.3.3. Les formes mélancoliques de dépression

Sans présenter les manifestations symptomatiques psychiatriques de la mélancolie, les fonctionnements limites sont susceptibles de montrer, dans la singularité de leur problématique dépressive, des éléments renvoyant au modèle de la mélancolie proposé par FREUD (57). L'absence d'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition... sont les caractéristiques d'un fonctionnement psychique

qui travaille contre le Moi. Il faut noter également “ *l’abaissement du sentiment de soi qui se manifeste en auto-reproches et en auto-injures* ” (57). On retrouve très fréquemment cette clinique chez les états limites dépressifs : les attaques narcissiques sont prévalentes et la négativité disqualifie l’ensemble du sujet à travers un discours d’allure mélancolique.

À l’origine du processus, FREUD évoque une intense déception dans la relation à un objet d’amour particulièrement investi. À partir de là, le mouvement “ *normal* ” devrait retirer la libido attachée à l’objet décevant et la déplacer sur un nouvel objet. Dans le processus mélancolique, ce mouvement ne se déclenche pas dans le sens attendu et prend un autre cours. L’investissement de l’objet, peu résistant, est ramené dans le moi et participe à la mise en place de l’identification du Moi avec l’objet abandonné. C’est donc le Moi qui est jugé ; la perte de l’objet se transforme en perte du Moi. Au commencement, le choix d’objet s’est fondé sur une base narcissique. Lorsque des difficultés apparaissent dans la relation à l’objet, la régression narcissique est inéluctable et l’identification narcissique avec l’objet devient alors le substitut de l’investissement d’amour. Ce mécanisme, caractéristique des pathologies narcissiques, permet l’abandon de l’objet et le maintien, en parallèle, de l’amour pour l’objet réfugié dans l’identification narcissique. Donc la haine contre l’autre s’exerce contre son substitut, c’est-à-dire contre le sujet lui-même en tirant de cette souffrance le bénéfice d’une satisfaction sadique. L’autopunition permet l’accomplissement de la vengeance sur les objets originaires et l’état de malade s’offre au sujet comme intermédiaire pour tourmenter ceux qui lui sont chers (57).

L’étude du processus mélancolique permet d’élaborer quelques hypothèses concernant le noyau dépressif des fonctionnements limites :

- il existe une intrication étroite entre fragilité narcissique et précarité des relations à l’autre,
- la force des mouvements pulsionnels, l’opposition violente entre amour et haine coexistent dans un système qui ne permet pas l’ambivalence mais le clivage,
- la porosité des limites entraîne la multiplication des mouvements de projection, du sentiment d’intrusion, et majore ainsi le défaut de différenciation entre le dedans et le dehors, fragilisant l’établissement d’un espace intérieur.

Ces éléments se développent pour lutter contre une attraction essentielle vers les positions passives de dépendance vis-à-vis de l'objet. Les uns, s'étayent sur une inflation narcissique apparente, dans le dédain ou le mépris et le refus de reconnaître les attentes et les besoins par rapport à autrui. Les autres, s'engagent dans des formes d'adhésivité, d'addiction à la présence réelle des autres, sans reconnaître leur ambivalence et la force des fantasmes destructeurs qui nécessitent une réassurance permanente.

I.3.4. Les “ états de détresse ”

La problématique fondamentale d'angoisse de perte d'amour de l'objet justifie l'association entre état de détresse et états limites. L'évocation de la détresse et de la douleur qui la caractérise est régulièrement rattachée à l'état d'impuissance du tout petit (105), à sa dépendance et surtout à son attente immense et démesurée de l'autre. Les états de détresse ouvrent une double voie : celle qui actualise les positions infantiles de radicale impuissance dans la nécessité d'appel à l'autre pour survivre et celle qui se sexualise dans la vivacité de l'angoisse de castration condensée avec le rejet et l'exclusion. Cette double voie est présente dans la problématique des fonctionnements limites.

Les défaillances de représentation qui caractérisent les fonctionnements limites et les particularités des processus de pensée doivent être mises en relation avec le traitement des affects, du fait notamment de leur massivité extrême. Selon FREUD, (55), les affects et les états de désir ne s'éprouvent pas dans l'ici et maintenant ; ils sont constitués par les traces laissées par l'expérience. Il y a deux types d'expériences vécues : celles qui engendrent une satisfaction et celles qui engendrent un déplaisir. Le passage du quantitatif au qualitatif implique un déroulement temporel. Cette transformation est constitutive de l'après-coup. La qualification des affects relève de la perception et de la mémoire. L'une est associée à la présence et l'autre à l'absence. C'est inéluctablement par le passage de la présence à l'absence et par sa reconnaissance que l'affect appelle la représentation. Le sentiment d'impuissance est susceptible de mobiliser le recours à l'autre et à l'action spécifique qui apportera l'apaisement. Lorsque l'autre est absent, il peut être représenté, rendu présent, sur le modèle initial de la réalisation hallucinatoire du désir. Ainsi la représentation constitue une voie possible de satisfaction, une “ *consolation* ” qui soulage l'angoisse liée à l'absence de l'objet.

Trente ans plus tard, FREUD (62) écrit : “ *originellement donc, l’existence de la représentation est déjà un garant de la réalité du représenté* ”. Il faut aussi, que l’objet ait été perdu, pour être représenté, et qu’il ait apporté une satisfaction réelle.

L’état de détresse peut surgir là, au croisement d’une tension en attente d’une satisfaction qui pourrait venir, soit du dehors (action spécifique), soit du dedans (voie de l’hallucination ou de la représentation), sans que le sujet puisse anticiper sa source.

Selon WINNICOTT (167), il existe un espace transitionnel, aire d’illusion et du paradoxe. Cet espace “ *intermédiaire* ” constitue la matrice des processus de pensée. À l’instar de l’objet transitionnel qui mobilise la création-retrouvailles d’un objet, s’inscrivant à la fois dans la réalité externe et dans la réalité interne, l’activité transitionnelle oeuvre dans la création-retrouvailles de la représentation. Il s’agit chaque fois de rendre présent, par la pensée, un objet absent.

Il y a des incidences communes au soi de WINNICOTT (167) et à ce qu’écrit FREUD (62) à propos de la négation. L’appartenance d’une pensée (ou d’un affect) à un sujet qui se reconnaît comme tel : “ *cela fait parti de moi, du monde de mes pensées, de mon intérieur, cela est hors de moi, étranger, extérieur...* ”. Dans la définition de l’objet transitionnel, la négation vient désigner les positions subjectives qui signent l’existence et l’assurance d’un espace intérieur que le Moi habite et dont il est propriétaire. Si la négation advient, elle permet de dire “ *j’aime* ” ou “ *je n’aime pas* ” ; c’est bien que le plaisir et le déplaisir (le bon que je veux, le mauvais que je ne veux pas) sont éprouvés par un Moi dont l’intimité se préserve et se reconnaît comme un espace interne. Lorsque cette intimité s’efface ou disparaît la détresse survient.

C’est probablement la difficulté à assumer la possibilité de dire “ *non* ”, de rejeter effectivement, qui caractérise les fonctionnements limites. Les mouvements de refus passent alors dans le registre d’expression du comportement. Les manifestations somatiques prennent le relais d’un impossible “ *non* ” à prononcer (anorexie, boulimie). Sans doute parce que ce “ *non* ” est trop chargé de haine et que sa formulation explicite risquerait d’entraîner la colère et l’abandon de l’autre, voire sa destruction qui risquerait de détruire le sujet lui-même.

L’expression des affects trouve des voies de traitement particulières, elle témoigne de mouvements et d’états subjectifs : les affects ne peuvent pas être montrés car

l'investissement de la subjectivité est précaire. Pour se dégager de leurs entraves, le sujet limite doit percevoir la présence de l'autre en soi, dans l'intimité et l'intériorité de son espace psychique. Cette perception permettra d'apaiser les affects de détresse en découvrant les liaisons causales qui permettent de leur donner sens.

À travers ce premier chapitre, nous avons défini sur le versant psychodynamique le mode d'organisation des états limites. Certains traits d'organisation sont le support de symptômes en rapport avec les défaillances narcissiques, dont la dépression n'est que l'aboutissement.

II. LE CONCEPT DE **DÉPRESSION LIMITE**

À travers ce chapitre, nous allons montrer l'organisation spécifique de la dépression chez les états limites.

II.1. QUELQUES CRITÈRES DE PRÉSUMPTION

II.1.1. La dépressivité

La dépressivité (21), dans l'état limite, ne représente pas un simple affect dépressif très courant et banal lié à l'état de souplesse adaptative signant la normalité du fonctionnement mental. C'est la capacité de se déprimer sans autres conséquences que de régresser temporairement à une situation de protection contre la trop grande acuité que peut prendre passagèrement le réveil d'un conflit narcissique latent ; conflit autour duquel le sujet a habituellement des mécanismes adaptatifs convenables.

Elle est aussi différente des syndromes dépressifs qui s'inscrivent dans une maladie mentale et qui sont associés à des symptômes spécifiques. Ces états dépressifs se rencontrent autant chez le psychotique avec une connotation mélancolique, que chez le névrotique avec un cortège de systèmes de défenses manifestes.

Le mode de dépression des organisations limites, concerne des situations économiques mal structurées entre frontière névrotique et psychotique. L'économie, de ces sujets, demeure de nature narcissique secondaire, en rapport avec une problématique de la dépendance et une angoisse de perte de l'objet anaclitique.

Il ne s'agit pas d'une économie névrotique mettant en cause le conflit génital et l'angoisse de castration. Il ne s'agit pas non plus d'une économie psychotique, de nature narcissique primaire, avec menace de morcellement et de mort émanant d'un objet extérieur plus ou moins internalisé, à la fois persécuteur et à persécuter.

Dans les situations limites, les conflits archaïques du registre oral et anal primitif, à l'origine de la nature psychotique, n'apparaissent pas comme directement en cause. Ce sont les réinvestissements prégénitaux de la période anale tardive et phallique qui réalisent les véritables fixations dépressives, sur lesquelles se développent ensuite les mécanismes dépressifs. De plus, le primat de l'Oedipe n'a pu intervenir en temps utile pour permettre une orientation génitale définitive.

L'articulation logique entre le narcissisme originel et la génitalité est bloquée. La personnalité "*limite-dépressive*" manque de vigueur structurelle et les représentations parentales, défailtantes au niveau imaginaire, ne permettent aucune identification secondaire solide.

Chez ces sujets, la "*fonction objectivante*" (66) du Moi fait cruellement défaut. Cette carence fonctionnelle du Moi entraîne automatiquement une carence dans le fonctionnement du Surmoi et aussi des diverses instances idéales.

Les idéalizations sont nettement exagérées ; elles ont une fonction compensatoire et défensive et elles se développent à partir d'un Idéal du Moi puéril, absolu et sans nuance. L'épreuve de réalité parvient à démontrer l'aspect illusoire de telles idéalizations mégalomaniaques. Le sujet se voit donc réduit à la solution dépressive.

L'état limite correspond à une impasse du développement affectif. La dépressivité mentale ne permet pas la prise en compte de la représentation imaginaire. Ces blocages imaginaires entraînent une période de "*pseudo-latence*" sans que les données oedipiennes aient pu s'organiser dans l'imaginaire. La "*pseudo-latence*" est à la fois précoce (avant l'Oedipe) et prolongée car elle peut durer toute la vie du sujet s'il n'y a pas d'intervention extérieure notable conduisant soit à l'amélioration, soit à la rupture. Cette période correspond à la dépressivité spécifique, caractéristique des états-limites.

D'un point de vue économique, 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 dépressive 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 plutôt d'imitations plus que d'identifications.

Il se débat économiquement dans une lutte sans fin, sans succès, mais, il l'espère, sans trop grandes défaites pour les assises essentielles du Moi. L'équilibre précaire peut s'effondrer du fait de sollicitations extérieures et même à cause du fonctionnement lui-même : les défenses anti-dépressives peuvent conduire directement à la dépression par épuisement des dynamismes réactionnels si longtemps exploités.

II.1.2. La faiblesse et la violence

En pratique clinique, on rencontre de moins en moins de sujet qu'on peut vraiment classer rigoureusement dans le cadre des structures névrotiques, au sens économique du terme. On est confronté à des sujets dont la dépressivité ne peut être considérée comme un simple épisode passager survenu au cours d'une évolution structurelle de type névrotique ou psychotique. Cette tendance dépressive constitue en fait, et 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.

II.1.2.1. La violence dans la dépression

Le rapprochement entre faiblesse et violence peut paraître curieux au sein d'une même personnalité dépressive. Le sujet dont la personnalité se trouve organisée autour de mécanismes dépressifs ne se manifeste pas par des aspects comportementaux extérieurement violents.

Le déprimé apparaît, au contraire, le plus souvent, en présentant des traits d'asthénie, de passivité, d'impuissance devant les exigences relationnelles et devant la vie même, en général. La violence chez le sujet limite n'est pas liée à des conflits associés à une agressivité fantasmatiquement organisée autour d'un mauvais objet et extérieurement projetée à partir d'un imaginaire ; imaginaire élaborant cette relation de haine après une suffisante prise en compte des apports libidinaux. La violence du sujet dépressif "*limite* " n'a rien à voir avec la haine ou l'agressivité. Elle est archaïque, foncière, instinctuelle et non encore objectalement définie de façon précise. Cette violence est innée et commune à tous les humains, mais son évolution varie selon les aléas psychogénétiques particuliers aux différents modes de structuration mentale.

Selon BERGERET (23), la première structure mentale efficiente chez le tout petit enfant n'est nullement encore une pulsion érotique, mais une manifestation instinctuelle brutale, sans amour, sans haine, marquée par l'angoisse, devant l'image encore floue d'autrui, angoisse qu'il n'y ai pas de place pour deux. Le sort de cette violence primitive instinctuelle va varier selon le mode de structuration auquel sera soumis le sujet, fonction des conditions dans lesquelles se seront déroulés les différents moments de crise, de latence et de moratoire.

Au cours de l'épigenèse interactionnelle considérée comme classique (évolution vers une structure génitale, "*oedipienne*" donc névrotique), il y a une intégration progressive des éléments imaginaires violents primitifs au sein d'une vectorisation objectale et amoureuse sous couvert de la libido. Ceci permet ainsi à l'être structuré d'utiliser le dynamisme de sa violence primitive dans le cadre d'une créativité positivement érotisée.

A l'opposé, s'il s'agit d'une évolution psychogénétique en direction d'une structure psychotique, la période considérée comme "*oedipienne*" ne parvient pas à être marquée par une intégration de la violence, sous le primat de l'Oedipe, au sein de la poussée érotique. C'est au contraire la violence qui récupère des fragments de la pulsion libidinale pour donner naissance à des processus plus complexes que la violence primitive, qui ont à la fois une composante érotique et une visée objectale précise : haine, agressivité, sadisme, masochisme.

Dans l'évolution en direction des organisations dépressives essentielles, les choses se passent totalement différemment ; en effet, ni les éléments violents instinctuels primitifs, ni les éléments libidinaux ne se trouvent à même de dominer le tableau et d'intégrer leurs antagonistes. La complexité de la dépression limite, se joue sur cette incapacité de choix du primat organisationnel. On ne peut donc pas parler de "*structure*" dépressive mais de personnalité qui demeure à un état d'inachèvement structurel, d'immatunité affective. La violence profonde rencontrée chez ces patients ne constitue nullement un facteur spécifique des états-limites. Mais, chez ces patients, les manifestations dépressives sont caractérisées par le fait que cette violence naturelle demeure encore à l'état "*libre*" au sein d'une personnalité inachevée, qui n'a pu choisir entre les deux solutions opposées d'utilisation de la violence. Le statut encore très élémentaire de cette violence, empêche son utilisation à des fins objectales extériorisées que ce soit amoureux, agressif ou même sadique.

II.1.2.2. La faiblesse de la personnalité dépressive

La persistance de la violence innée naturelle et primitive chez les dépressifs "*limites*" va de pair avec une faiblesse de l'ensemble des systèmes d'organisation de la personnalité. On peut même dire que la "*faiblesse*" de cette personnalité justifie la persistance d'une forme archaïque de violence intime qui aurait dû être intégrée à des

formes soit plus positives, soit plus pathologiques de composantes imaginaires. Cette faiblesse, cette immaturité de la personnalité chez les sujets dépressifs “ *limites* ”, semble porter sur l’ensemble des composantes qui contribuent à constituer la trame structurelle : Moi, Idéal du Moi, Surmoi. Chez ces sujets, on retrouve une inefficience plus ou moins relative de l’ensemble des fonctions qui tournent autour de la notion freudienne de “ *Moi* ” :

- fonction attractive idéalisante (Idéal du Moi)
- fonction de prise de conscience et de synthèse des informations (Moi)
- fonction de jugement intériorisé de façon originale (Surmoi).

La faiblesse de toutes ces fonctions, indispensables à l’évolution vers une consistance structurelle, va sidérer le patient limite devant sa violence archaïque qui ne pourra pas être positive à l’intérieur ou à l’extérieur de lui-même.

Le lien principal à l’autre est dominé par une très vive angoisse de perte d’objet, conséquence de la persistance de la représentation violente primitive : “ *lui ou moi* ”, devenant avec l’âge et l’instauration de la relation défensive de dépendance : “ *s’il disparaît je ne suis plus rien* ” (21).

Une telle déficience de la psychogenèse ne résulte pas d’un conflit avec l’environnement mais plutôt d’une carence du rôle de pare-excitation et du rôle libidinalement inducteur joués normalement par l’environnement. Ces deux rôles sont indissociables ; soit l’environnement n’a pas assuré une suffisante protection auxiliaire contre l’instinct violent primitif inné et contre la poussée libidinale, soit l’environnement n’a pas été assez inducteur pour permettre l’exploitation des capacités de la libido d’intégrer la violence foncière à des fins heureuses pour le sujet et l’autre.

Les modèles imaginaires d’ordre libidinal proposés par l’environnement ont trop faiblement stimulé l’imaginaire infantile qui se trouve alors carencé. L’enfant vient au monde sous le primat d’instincts violents, un temps sera nécessaire à l’intégration de cette violence dans des relations meilleures avec l’entourage. L’enfant naît avec un équipement assez complet d’éléments structuraux biologiques et mentaux potentiels qui vont être utilisés au cours du développement global de la personnalité. Ces éléments structuraux mentaux innés sont spontanément inutilisables et ont besoin d’une certaine stimulation extérieure pour donner naissance à des éléments vraiment structurels qui construiront une personnalité solidement constituée. Sans cette induction extérieure, les

éléments structuraux demeureront inefficients et resteront flottants à l'état de " *préformations* " imaginaires. (110). Il est nécessaire que l'imaginaire environnemental intervienne et excite libidinalement, d'une façon progressive, opportune et bien insérée dans la réalité pour que l'imaginaire de l'enfant s'organise sous le primat de la libido. La solution dépressive " *limite* " résulte d'une carence de la conjonction imaginaire. L'environnement n'opère aucune induction imaginaire valable sur le registre des modèles libidinaux (névrose), sans valoriser pour autant des modèles violents (psychose). Les modèles violents deviennent simplement latents, flottants, inutilisés, non stimulés et surtout non intégrés dans une vectorisation libidinale. Donc, dans les organisations dépressives " *limites* ", (22) la violence primitive demeure très active au niveau de l'imaginaire inconscient. Elle est inutilisable dans la relation. Les éléments libidinaux, pourtant génétiquement présents, sont demeurés inactifs du fait de l'absence d'induction imaginaire environnementale suffisante.

II.1.2.3. Les effets des changements socio-culturels

Malgré le mode de représentation imaginaire, chez le sujet " *oedipien* " de la triangulation symbolique parentale nettement sexualisée, le terme d' " *environnement* " est plus utilisé que celui de " *père* " ou de " *mère* ". Le terme, plus vaste, permet partiellement de diminuer les accusations concernant le père mais surtout la mère des désordres évolutifs de leurs enfants. Du point de vue imaginaire et symbolique, les représentations parentales violentes, puis généralisées, suffisent à rendre compte des différents cas de figure successivement présents dans les constructions fantasmatiques ou oniriques de l'enfant ; d'où la notion d'imagos maternelle et paternelle. Mais, sur un mode psychosocial, elles permettent la mise en évidence des différentes lignes de force qui conduisent à un mode de structuration (ou de non structuration) du fonctionnement mental individuel.

De ce point de vue, il est trop réducteur de parler de conflits ou de pressions concernant exclusivement le père et la mère. L'origine de ces conflits se situe dans un rapport de forces, érotiques ou agressives, très complexes, entre deux lignées familiales elles-mêmes : conjonction entre deux lignées conflictuelles, etc... Certaines personnes investies et repérées par les parents ont une grande importance dans la constitution d'un imaginaire.

De plus, les changements socio-culturels récents affaiblissent la consistance de la cellule familiale, ce qui diminue le pouvoir épigénétique des imagos paternelle et maternelle. La perte de la valeur structurante des imagos parentaux est un phénomène préoccupant. La famille permettait des identifications et des contre-identifications très directes et très typées à l'une et l'autre des représentations parentales sexuellement différenciées et secondarisées sous la forme d'un " *père* " et d'une " *mère* ". Cela ne rendait pas les conflits plus simples mais les marquait, par le pouvoir organisateur, de la génitalité. Aujourd'hui, les différences entre les rôles sexuels au sein de la famille s'estompent. La famille nouvelle est conçue comme " *synchratique* ", l'autorité y serait idéalement partagée. Il faut distinguer d'une part la " *syncrasie active* " où les deux parents discutent ensemble de leurs responsabilités conscientes et réciproques et, d'autre part, la " *syncrasie passive* " où les deux parents ne s'entendent que sur un seul point : fuir l'un et l'autre toute responsabilité directe. Ces derniers demeurent des purs transmetteurs passifs des pressions environnementales dont ils sont eux-mêmes esclaves. Le nombre de couples en difficultés identificatoires personnelles augmente, ce qui aggrave les carences identificatoires de leurs enfants. L'ensemble de ces modifications de la cellule familiale représente un facteur important dans l'émergence d'un grand nombre de jeunes adultes organisés de manière fragile, précaire et instable, comme sont leurs modèles identificatoires.

II.2. LA THÉORIE DE LA DÉPRESSION LIMITE SELON BERGERET

Le mode d'organisation de la personnalité limite se trouve sous-tendu par la menace dépressive. Toute décompensation de cette lignée conduit à une pathologie dépressive dont les mécanismes profonds préexistent bien avant les difficultés adaptatives.

L'organisation " *dépressive-limite* " tire sa source de l'aménagement narcissique plus ou moins stable situé à mi-chemin entre les deux grandes structures, après la fixation opérée par le traumatisme affectif initial (25). Le mécanisme dépressif repose sur une régression narcissique ; le sujet se sent menacé dans son intégrité physique et psychique. Il s'accuse d'indignité, d'incapacité, mais c'est avant tout aux autres que sont destinés les reproches. Son avidité affective, son ardent besoin d'être écouté,

estimé, plaint ou réconforté, le met dans une situation de dépendance étroite à l'égard des autres. Tout vécu de perte de l'objet réparateur et réconfortant déclenche une angoisse, qui, dans certaines circonstances et devant certaines réactivations privilégiées, atteint une intensité telle que le patient ne peut demeurer plus longtemps dans son compromis provisoire antérieur. Il doit, se détruire, ou chercher le salut dans un mode organisationnel différent. La faille narcissique constante, dans toute organisation du Moi en lutte contre la dépression, engendre un sentiment de faiblesse de la personnalité. Toute frustration ultérieure vient réveiller cette angoisse de ne pas se trouver narcissiquement "*assez complet*". Tout traumatisme trop important balaie les efforts de stoppage de la faille initiale. L'angoisse foncière du dépressif est la crainte élémentaire de s'effondrer si l'appui apporté par l'objet vient à se dérober. La dépendance anaclitique à l'autre qui implique une ambivalence régressive, fait passer le désir sexuel à un niveau accessoire.

Les vécus de mort du dépressif revêtent une allure plutôt passive de rupture de la relation avec l'objet, causée par l'objet, et dont cet objet endosserait la responsabilité. La tentative de suicide, en s'adressant à l'objet extérieur, constitue une mise en accusation de celui-ci destinée à placer le sujet dans une position de "*frustrant actif*" et opérant du même coup une dénégation des intenses mouvements agressifs qui agitent le sujet au sein de ses conflits intérieurs. La poussée dépressive (25) succède au deuxième traumatisme affectif (tardif), rappel et réveil lui-même du traumatisme précoce vécu dans la période pré-oedipienne sur un terrain prédisposé par une conjonction de frustrations et d'exigences maternelles exagérées.

II.2.1. L'historique de la dépression

ABRAHAM (1) envisage, dans la dépression, une rupture de l'équilibre entre activité libidinale et agressive. La dépression et l'angoisse sont pour lui deux réponses de bases du Moi, nettement opposées dans leurs mécanismes. L'angoisse se présente comme une réaction devant un danger pulsionnel et constitue un appel du Moi vers des solutions de survie. La dépression rencontre un Moi, paralysé, incapable de trouver seul des solutions de survie ; d'où la nécessité d'une dépendance anaclitique.

Pour M. KLEIN (103), la position dépressive est universelle chez l'enfant et ne constitue pas seulement le lot des sujets particulièrement frustrés dans la réalité.

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 resterait un signal, alors que la dépression deviendrait un constat. La dépression serait la preuve de l'échec dans l'effort déployé pour établir de bonnes relations objectales et des identifications positives. La faiblesse du Moi, l'existence d'un Surmoi limité à ses aspects sadiques, l'ambivalence des investissements réduiraient le champ d'action du Moi à des objets introjectés et également à une lutte contre ces objets introjectés. Ces mécanismes préexistent avant les manifestations dépressives visibles. Le passage à l'épisode dépressif manifeste se ferait, tant par affaiblissement des défenses que par écroulement des constructions de façade (éclatement du tronc commun).

Selon ROSENFELD (138), l'origine de la dépression se trouve dans l'ambivalence, l'érotisme, le sadisme oral et l'incapacité de satisfaction. La constellation infantile, prédisposant à la dépression, est basée sur des frustrations mutuelles au sein de la relation symbiotique mère-enfant. L'auteur converge vers l'hypothèse d'une situation frustrante fondamentale et pré-dépressive au cours de la première année. Le déclenchement 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 (126). La crise fondamentale 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. Le déprimé peut être considéré comme faisant cause commune avec l'objet et se trouvant peu séparé de lui. Toute déception est ainsi vécue comme une frustration, donc même une situation minime 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.

PASCHE (128) a décrit une forme de dépression où la séquence : avoir-culpabilité-responsabilité de la pensée-angoisse de mort, serait remplacée par une séquence différente : être-honte-impuissance-pérenité dans l'insuffisance. L'Idéal du Moi resterait impersonnel, parfait et déréel. 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.

GRUNBERGER (72), qui a opposé la chaîne névrotique (Pulsion-Surmoi-Angoisse) à la chaîne narcissique (Narcissisme-Idéal du Moi-Dépression), met également en évidence l'opposition fondamentale entre le Surmoi et l'Idéal du Moi. Ces deux instances peuvent entrer en conflit, l'Idéal du Moi désirant parfois des choses normalement interdites par le Surmoi.

Dans sa recherche sur la dépression anaclitique, SPITZ (151) renforce la théorie de BERGERET (25). En effet, l'observation d'un groupe d'enfants dépressifs par perte d'objet d'amour, a permis de mettre en évidence la nécessité d'une bonne relation à la mère les mois (6 mois) précédents cette frustration. L'évolution n'est réversible que si la frustration est brève (3 mois). Cette expérience portant sur des enfants de 12 à 18 mois, confirme la situation structurelle particulière aux organisations dépressives. En effet, elles demeurent à distance, à la fois des désordres psychotiques, plus précoces, et des élaborations oedipiennes, plus tardives.

RUBIFINE (142) insiste sur les modifications brutales apportées par des frustrations inattendues survenant dans un climat antérieur de satisfaction. La conscience de la séparation survient de façon prématurée chez l'enfant et l'agressivité vient occuper alors tout le champ relationnel et affectif. Le clivage de l'objet apparaît aussitôt comme nécessaire pour en conserver une partie bonne, ce qui se reproduit par la suite devant toute expérience décevante par rapport à l'idéalisation de l'objet et de sa relation avec lui.

CHASSEGUET-SMIRGEL (35) évoque les rapports entre la dépression et “ *la maladie d'idéalité* ”.

L'ensemble de ces théories converge et renforce la nosologie et la métapsychologie de BERGERET (21) dans l'organisation limite de la personnalité et le fondement prédépressif constant sur laquelle il repose. À la base des mécanismes dépressifs apparaît la perte d'objet opérant sur la personnalité en déficit narcissique primitif. *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. Le clivage de l'objet permet de conserver une relation plus ou moins altérée avec la réalité, mais une relation obéissant aux principes de cette réalité.

Comme le souligne MALLET (119), “ *c'est faute de pouvoir se montrer modeste que le sujet se déprime devant l'échec* ”. Toute adversité, même mineure, devient rappel de la frustration ancienne et laisse prévoir une perte consécutive de l'objet. Le dépressif ne peut pas vivre seul, son sevrage a été impossible. Le dépressif est exigeant, si on ne lui accorde pas tout, c'est comme si on lui donnait rien. Par contre, il n'opère que très peu de véritables échanges et la personnalité propre de l'autre l'intéresse peu. Il quémante en ne s'occupant que de ce qu'il pense être ses besoins essentiels. Le faisceau relationnel est dirigé, avec toute l'ambivalence que cela comporte, sur un seul objet à la fois auquel on adresse toutes les demandes et tous les reproches.

II.2.2. Le modèle évolutif dépressif-limite

La prédisposition à l'évolution de type dépressif-limite commence de façon assez précoce, pendant la période prégénitale, cependant l'évolution de l'économie dépressive de type “ *limite* ” débute également plus tardivement que les fixations typiquement prépsychotiques. L'environnement précoce de ces patients n'a pas été “ *toxique* ”, persécuteur ou sadique mais plutôt peu étayant et peu stimulant sur un plan affectif. Il n'a pas permis l'épanouissement de l'imaginaire oedipien. Cet environnement a protégé l'enfant contre une menace psychotique, sans lui apporter, toutefois, des bases nécessaires assez solides pour lui permettre d'élaborer un imaginaire intégrant : génitalité et triangulation oedipienne et cela dans une mesure suffisante pour atteindre l'état d'adulte organisé selon le mode névrotique. L'état-limite dépressif supporte les conséquences d'une enfance au cours de laquelle il n'a rencontré, dans ses environnements successifs et concentriques, ni excitation trop forte de ses pulsions agressives, ni stimulation suffisante de la libido pour évoluer vers une organisation de la personnalité qui permet d'accéder à un plein épanouissement libidinal.

La symptomatologie de type limite-dépressive apparaît de façon assez tardive et sur une personnalité fragilisée antérieurement par un traumatisme affectif précoce important qui a souvent laissé peu de souvenir. Ce traumatisme n'a pas été suffisamment négocié mentalement et a donné naissance parfois tardivement, à une soudaine poussée d'angoisse (132). L'angoisse de se voir abandonné, impuissant, inefficace et dont l'origine se trouve projetée sur l'extérieur mais qui, en réalité, part des contenus pulsionnels intérieurs du sujet. Ces contenus sont impossibles à intégrer, à réguler, à médiatiser.

FREUD (55) signale la présence d'état proche des névroses mais dont le fonctionnement ne parvient pas à un mode névrotique. Il rapproche de ces organisations de la personnalité les problèmes évolutifs conduisant aux névroses traumatiques. Il est important d'insister sur la présence d'éléments traumatiques repérables comme signant l'origine des psychogenèses de modèle limite-dépressif (25). La définition du traumatisme affectif, selon FREUD (55), est la conjonction d'un excès d'excitation et d'une carence des systèmes de pare-excitation agissant à un moment de faiblesse privilégiée de l'évolution de la personnalité d'un sujet. Le premier traumatisme affectif, rencontré chez les sujets dépressifs de modèle limite, se situe 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 figer les choses juste avant que l'élaboration oedipienne soit possible sur le plan imaginaire et symbolique. Ce concept se rapproche beaucoup de la position dépressive qui constitue un repère kleinien de base. L'effet relationnel paradoxal est dépassé, il est enregistré plus précocement dans la position dite "*schizoparanoïde*" (104) qui, elle, s'oriente vers une psychogenèse préorganisée sur un modèle psychotique.

Le blocage évolutif précoce enregistré chez le dépressif-limite semble favorisé par un excès socioculturel de provocations représentatives d'allure sexuelle, en réalité défensive pour les adultes et étrangère au champ imaginaire de l'enfant sur l'instant. Cette situation est encore inassimilable à ce moment prégénital de leur maturation affective et imaginaire. L'évolution dépressive serait également favorisée par la sidération dont souffrent les milieux familiaux contemporains en matière de pare-excitation. De ce premier traumatisme découle une entrée directe dans une période de "*congélation*" affective particulière qui constitue une pseudolatence. Cette dernière

recouvre la période d'élaboration habituelle, la véritable latence, et la période d'élaboration définitive constituée logiquement par l'adolescence. Ces sujets ne présentent pas tellement de " *crises d'adolescence* " habituelle mais une impossibilité fonctionnelle d'entrer vraiment dans la situation conflictuelle et structurante représentée par une adolescence authentique. Cette psychogenèse ouvre la voie aux évolutions du groupe des états-limites.

On y voit apparaître deux types d'évolutions :

- une dépression franche en cas de décompensation brutale d'une pseudolatence plus ou moins prolongée, sous le coup d'un nouveau traumatisme affectif important et plus ou moins tardif.
- un aménagement défensif de dépressivité contre une décompensation franchement dépressive.

Les deux modèles de consolidations les plus courants sont en direction des aménagements " *caractériels* " ce qui semble assez banal, ou en direction des aménagements pervers donc " *sexuels* " dont les racines deviennent essentiellement narcissiques. Un second traumatisme affectif plus tardif peut induire un passage du côté névrotique (par l'intermédiaire de processus phobiques) ou du côté psychotique.

L'état-limite dépressif cherche à se coller affectivement à l'autre pour en recevoir 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. La situation de dépendance tempère, d'autre part, les prises de conscience agressives.

Les principaux symptômes affichés par l'état-limite dépressif sont, pour l'essentiel, rattachables à l'ensemble des tableaux cliniques concernant la dépressivité. Cette dépressivité est en cours d'évolution, plus ou moins avancée en direction de la dépression franche. Au début de l'évolution, en situation d'incertitude structurelle, ou en cours d'évolution, à un stade où l'angoisse affective et les inhibitions commencent à être paralysantes, l'état clinique est toujours constitué d'éléments dépressifs. L'estime de soi est diminuée et ne permet pas de faire face à une situation conflictuelle ou à un effort prolongé et imprévu. Il n'existe pas de sentiments de culpabilité mais plutôt une honte. La morosité des pensées entrave peu à peu tout désir et tout élan aussi bien amoureux que violent. Le sujet ne pense pas être en mesure de survivre sans aide et sans

appui matériel et moral des autres. Ceci peut prendre l'allure d'une aide réclamée à des personnes considérées comme privilégiées, comme à des institutions, des collectivités et des pouvoirs publics. Un sentiment de défaillance parentale réelle ou imaginaire conduit à réclamer l'assistance à des représentations symboliques parentales qui sont vécues comme plus puissantes d'abord, puis comme aussi décevantes ensuite que les parents réels. Ceux qui sont perçus comme puissants sont vécus par le dépressif essentiel, comme devant apporter un renfort indispensable, immédiat, prolongé et conséquent. Tout délai, toute restriction dans la réponse déclenchent aussitôt un sentiment de frustration, voire d'abandon pouvant se prolonger dans une dépression franche ou accroître la dépression dans la mesure où elle est déjà installée. On constate chez ces patients la crainte d'un échec qui lui paraît inéluctable. Dans certains cas, on détecte même un désir inconscient de cet échec, désir corrélatif à la fois à une surestimation des pouvoirs de l'autre et à un besoin de répéter les déceptions et les doléances antérieures. Cette sorte de manipulation subtile de l'échec n'entraîne cependant pas chez le dépressif-limite un vécu vraiment persécutoire. Il s'agit d'une forme de maintien de la dépendance de l'autre et non pas d'un véritable sentiment d'être livré à un partenaire sadique qu'il s'agirait de fuir. La répétition des frustrations engendre peu à peu une sorte d'état de manque qui concerne un objet extérieur doté de "*pouvoirs magiques*". Cet état de manque chronique rend le sujet particulièrement prédisposé à des évolutions allant vers l'alcoolisme, la pharmacodépendance, y compris celle du tabac.

II.2.3. Les hypothèses méta-psychologiques

La clinique psychanalytique de la dépression limite repose sur des données classiques de la méta-psychologie freudienne : c'est-à-dire les trois points de vue : topique, dynamique et économique. On constate, chez le sujet dépressif-limite, une impossibilité de faire fonctionner un "*Moi*" correspondant aux définitions freudiennes. En effet, il n'a pas des capacités d'autonomie d'action et de synthèse de la personnalité. Il n'a pas les mêmes possibilités de médiation entre l'univers pulsionnel naturel et un Surmoi correctement intériorisé secondairement. Ainsi, il n'a pas les capacités d'organiser des défenses à la fois souples et efficaces au regard d'une correcte évaluation des réalités intérieures et extérieures du moment. Certains auteurs ont qualifié ce Moi "*d'incapable*" (90) ou de "*maladie du Moi*" (71). Ces conceptions s'appliquent tout particulièrement à la clinique de la dépression.

Dans la pratique psychanalytique classique, la question de l'utilisation du terme "*Moi*" se pose dans la clinique de la dépression-limite. Les auteurs anglosaxons envisagent le fonctionnement d'une instance prémoïque qu'ils dénomment le "*self*" et qui semble bien correspondre à cet état encore imparfait de fonctionnement du "*Moi*".

Ainsi LEBOVICI (112) a d'ailleurs parlé d'un "*Soi*" considéré comme un précurseur narcissique du "*Moi*". On décrit chez le sujet dépressif-limite une opposition pulsionnelle entre les tendances orientées vers les réalisations libidinales et celles qui sont orientées vers la destructivité. Il ne s'agit pas vraiment d'une agressivité authentique induisant la présence d'un plaisir trouvé dans l'attaque de l'autre. Il semble que ce sujet ne prenne aucun plaisir et qu'il se situe seulement en position défensive, même quand il est contraint d'attaquer. Dans ses attaques du monde extérieur, le sujet dépressif demeure purement violent dans une fixation à l'instinct primitif de survie (63). On ne peut pas parler d'une véritable lutte entre les tendances libidinales et les tendances violentes à l'égard de l'objet. La pression exercée par le sujet sur ses productions imaginaires concerne, de façon identique, les deux grands groupes pulsionnels dont il s'agit de protéger l'entourage et la personnalité du sujet elle-même. Les conflits se situent donc entre un univers pulsionnel encore mal intériorisé et des instances idéales demeurant très extériorisées et non intègres au sein d'un authentique Surmoi. Faute d'une mise en oeuvre organisatrice suffisante de l'imaginaire, on ne pourrait parler de culpabilité véritable. Le mouvement dépressif est dominé par la honte devant le jugement des autres, le dégoût de soi-même, faute de pouvoir atteindre les idéaux exigés par l'environnement, puis par soi-même. Le jugement que l'état-limite conçoit comme porté sur lui-même par les autres revêt la plus grande importance. Ses désirs d'idéaux s'avèrent démesurés et demeurés puérils. Il éprouve un profond sentiment de honte à ne pas pouvoir les atteindre. Au lieu de le rendre logiquement modeste, comme chez tout un chacun, l'impossibilité d'atteindre un idéal trop élevé, entraîne chez les sujets-limites un mouvement dépressif constant corrélatif à l'évidente fragilité narcissique sous-jacente. L'essentiel de l'économie "*limite*" se voit marquée par une pathologie du narcissisme.

Le sujet dépressif-limite a une faible capacité de symbolisation. En effet, elle nécessite un degré suffisant d'élaboration triangulaire, oedipienne et génitale reliant le symbole à l'objet en utilisant toutes les possibilités de souplesse tirées d'une

convenable intégration et d'une suffisante élaboration des modèles oedipiens permis par des environnements précoces " *assez bas* ".

On peut voir une augmentation de la capacité de symbolisation du patient sous couvert du transfert positif, au cours d'une analyse, liée au potentiel de symbolisation de l'analyste. Il existe aussi des formes réactionnelles de la pathologie limite dépressive. Il s'agit de dépressivité masquée par des réactions comportementales ou caractérielles défensives de surface prenant la forme d'une agitation, d'un perfectionnisme dans le désir d'être bien " *vu* " et non de bien " *faire* ". Tout ceci peut conduire à un certain et progressif degré d'hypomanie longtemps tolérable et même exploité socialement parfois avec des risques de virer de façon soudaine à la manie.

II.2.4. L'investissement corporel chez le dépressif

L'élaboration du vécu corporel évolue parallèlement à 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. 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. On retrouve de telles fixations dans toutes les variétés de la série limite-dépressive, avec les régressions correspondantes, dès qu'il se produit une décompensation de l'aménagement limite anti-dépressif. Les différentes conceptions, concernant le vécu hypochondriaque, se situent dans le cadre des états-limites. Dans le cadre du vécu corporel, on observe un retrait de la libido en direction des fixations narcissiques précoces, un désinvestissement objectal et un report de l'investissement sur l'organe visé. Du même coup, l'attitude hostile destinée antérieurement à l'objet se retourne contre la partie mauvaise du sujet ; l'organe touché représente encore l'objet avec sa charge affective ambivalente, l'ensemble se trouvant introjecté dans le corps. FENICHEL (52) précise " *l'hypochondrie est ainsi un état de transition entre les réactions de type hystérique et les hallucinations* ".

Pour ROSENFELD (138), l'hypochondrie est un système de défense contre une décompensation plus poussée du Moi dans le sens psychotique. L'investissement narcissique hypochondriaque correspond à un lien ambivalent au parent protecteur et haï. La relation d'objet se constitue selon un mode essentiellement anaclitique. Les répétitions des images frustrantes engendrent les plaintes et les angoisses corporelles.

L'autopunition apparaît comme une conséquence de l'agressivité contre l'objet parental frustrant. L'objet introjecté ramène avec lui sur l'organe choisi toute la charge négative. Il faut donc rejeter l'organe devenu lui-même mauvais, ce qui entraîne l'expulsion de l'objet antérieurement introjecté et réveille le souvenir de son attachement, d'où l'apparition d'une nouvelle angoisse de perte d'objet.

La spécificité dans l'hypochondrie, par rapport aux vécus de frustration d'autres catégories d'états dépressifs limites, c'est qu'à l'origine, tout était refusé au patient, mais de manière répétée il s'est placé dans une situation où c'est lui qui refuse de façon aussi subtile qu'efficace. FREUD (61) insiste sur le fait que la frustration dans de tels cas, ne résulte pas du manque d'objet réel mais plutôt de l'impossibilité du sujet à s'autoriser une satisfaction appropriée à son désir. La répression de la satisfaction hallucinatoire du désir barre la route à la reconnaissance de l'objet satisfaisant. La répression de l'affect est différente du refoulement de la représentation. Elle prive d'affect et de relations associatives son objet, ce qui lui permet de ne plus être reproduite dans le cours de l'activité de pensée.

Selon BERGERET (25), l'hypochondrie est un échec de la tentative anaclitique ; devant le vécu traumatique, les efforts d'autoconservation ne parviennent pas à découvrir un objet d'amour en rapport avec une image maternelle gratifiante et encore moins avec une image paternelle protectrice. La régression se fait en direction de la relation d'objet narcissique, mais sans l'atteindre dans sa totalité.

Nous venons d'explorer la théorie de la dépression limite, sur un plan historique, évolutif et métapsychologique, le risque suicidaire est une réalité constante face à laquelle, il faut faire face fréquemment.

II.3. LES TENDANCES SUICIDAIRES

II.3.1. L'évaluation diagnostique

L'évaluation du risque suicidaire initial est extrêmement difficile du fait de la complexité de la pathologie.

II.3.1.1. La sévérité clinique de la dépression

À la symptomatologie dépressive s'associe l'intensité des idéations suicidaires, les projets d'agir suicidaire. Plus le comportement et l'idéation sont ralentis, avec diminution de la concentration, plus la tristesse fait place à une humeur vide et figée avec un sentiment de dépersonnalisation et plus la dépression paraît sévère. De plus, la présence ou l'absence de symptômes physiques de la dépression (troubles alimentaires, troubles du sommeil, troubles des fonctions sexuelles, tonus musculaire...) donne une fonction cruciale à la sévérité de la dépression. Le risque suicidaire est le plus aigu lorsque la clinique dépressive est manifestée par des signes psychiques, accompagnés de signes physiques avec présence d'idéation ou d'intention suicidaire.

Chez les patients souffrant d'épisodes dépressifs majeurs sans organisation limite de la personnalité, le risque suicidaire est particulièrement important au moment de l'amélioration de la dépression paralysante. L'impulsivité chronique des patients limites "étend" le risque suicidaire sur la totalité de l'épisode dépressif. Le danger suicidaire est extrêmement sévère chez les patients qui associent idéation et intention suicidaire, ralentissement des fonctions psychiques et signes physiques de la dépression.

L'intensité du comportement histrionique et la manifestation dramatique des affects, chez les personnalités à tendance infantiles, peuvent sous estimer le risque suicidaire et minimiser la gravité de la dépression. Les rationalisations conscientes du patient, telles : l'expression de besoins de dépendance, de désespoir, la perte de la capacité à faire confiance, le suicide comme appel à l'aide, sont souvent mises en avant lors de la clinique initiale et peu utiles à l'évaluation du potentiel dépressif. L'important est de comprendre ce qui désespère le patient, s'il désire communiquer honnêtement sur lui-même. Le dénominateur commun réside dans le besoin d'évaluer les bénéfices secondaires du comportement suicidaire et du suicide comme "mode de vie".

II.3.1.2. Les troubles affectifs majeurs associés à l'organisation limite de la personnalité

Sur une organisation limite de la personnalité peuvent survenir des épisodes affectifs cycliques constituant une maladie maniaco-dépressive. Ces patients présentent une clinique plus complexe que celle des personnalités névrotiques. Ils répondent de façon moins satisfaisante aux traitements psychopharmacologiques des épisodes thymiques. Les périodes de latence affective sont moins apparentes. Ces circonstances

entraînent un risque suicidaire important, d'évolution chronique et quasi structurelle. L'aggravation du potentiel suicidaire peut être sous-estimé du fait de la longue histoire évoluant comme un mode de vie autour du suicide.

Il est également important de repérer le potentiel suicidaire lors de symptomatologies hypomaniaques car le passage à une phase dépressive est brutal et s'inaugure souvent par des vellétés suicidaires.

II.3.1.3. Les comportements automutilateurs chroniques et le suicide comme “ mode de vie ”

Les tendances suicidaires chroniques et les conduites automutilatrices sont deux critères diagnostiques importants dans le trouble limite de la personnalité. Cliniquement, on assiste à une tendance à un agir suicidaire chronique, mais il existe plusieurs sous-groupes en fonction des défenses prédominantes et des relations d'objet primitives.

Dans la plupart des cas, les gestes suicidaires surviennent lors de crises de colère intense ou de colère mêlée de flambées soudaines d'humeur dépressive. Après quelques explorations, ces gestes se révèlent comme étant destinés à établir et/ou à ré-établir un contrôle sur l'entourage en soulevant des sentiments de culpabilité chez autrui. Des exemples typiques de ce comportement peuvent prendre la forme d'actions suicidaires “*dramatiques*” lors de rupture de relation avec un partenaire ou quand le comportement parental s'oppose aux désirs fortement exprimés du patient. À d'autres moments, un tel comportement suicidaire exprime une culpabilité inconsciente face au succès ou à l'approfondissement et l'utilité d'une relation thérapeutique.

Un deuxième type de comportement suicidaire chronique beaucoup plus sévère correspond au “*narcissisme malin*” (95). Ces patients présentent une organisation limite de la personnalité et une structure à prédominance narcissique. Ils fonctionnent à un niveau limite manifeste, avec un manque généralisé de contrôle pulsionnel, un manque de tolérance à l'angoisse et un manque de développement des voies de sublimation (92). Ces patients ont des styles de vie chaotiques qui les rapprochent des personnalités infantiles. Cependant, ils ne présentent aucune caractéristique de dépendance et d'attachement. Ils sont foncièrement distants ou peu impliqués avec autrui. Leur crise de rage, ou leurs flambées soudaines dépressives, se produisent quand

leur grandiosité pathologique est mise en cause et qu'ils expérimentent un sentiment traumatique d'humiliation ou de défaite. L'expression de "*narcissisme malin*" proprement dite réfère à l'infiltration, par l'agressivité, de ce "*soi*" grandiose qui caractérise la personnalité narcissique. Ces patients éprouvent un sentiment d'estime de soi accru et une confirmation de leur grandiosité quand ils peuvent exprimer de l'agressivité envers eux-mêmes ou autrui. Le sentiment véhiculé par ces patients de pouvoir se blesser grièvement ou même se tuer, tout en étant calmes et rassurés, illustre une déformation dramatique de la gratification de l'estime de soi. La grandiosité de ces patients est satisfaite par leur sentiment de pouvoir triompher de la peur, de la douleur et de la mort, à un niveau inconscient et par leur sentiment de contrôler la mort qu'ils manipulent alors que d'autres l'appréhendent si fortement.

Ces deux types de patients, précédemment cités, présentent fréquemment des abus chroniques de substances et d'alcool avec une intentionnalité auto-destructive directe et indirecte dans les conduites à risque associées.

Ces circonstances aggravent donc le risque suicidaire, surtout pour les patients présentant un "*narcissisme malin*". En effet, ces derniers présentent également des traits antisociaux, avec une malhonnêteté chronique qui pourra typiquement se manifester dans leur manque de communication franche concernant leurs abus de drogues et d'alcool. Les patients qui présentent simultanément une impulsivité généralisée, une malhonnêteté, des tendances automutilatrices, un abus de drogues et/ou d'alcool, ainsi qu'une froideur et une non disponibilité interpersonnelle profonde, peuvent développer, à tout moment, un comportement suicidaire. Ceci représente un risque chronique inhérent à toute démarche thérapeutique.

II.3.2. Maniement clinique

Lorsqu'on observe un état dépressif associé à une organisation limite de la personnalité, la première urgence est l'évaluation de la sévérité dépressive qui elle-même implique un risque suicidaire aigu. Si, dans le cadre d'une évaluation initiale d'une organisation limite de la personnalité, on observe des signes biologiques de dépression, un ralentissement de l'humeur et du comportement ainsi que des processus de pensée associés à une idéation suicidaire, ces derniers éléments deviennent alors des indicateurs d'un haut risque suicidaire à court terme.

Une organisation limite de la personnalité, associée à une maladie affective avec idéation suicidaire, nécessite une hospitalisation immédiate avec introduction d'un traitement pharmacologique du trouble de l'humeur. Si l'histoire antérieure révèle une absence de réponse au traitement pharmacologique du désordre affectif ou du potentiel suicidaire extrêmement aigu, la mise en place d'une électroconvulsivothérapie (E.C.T.) peut s'avérer nécessaire. La période la plus dangereuse du traitement se manifeste quand les patients sont en voie de récupération d'une dépression aiguë sévère d'allure psychotique. Les intentions suicidaires sont masquées par la réapparition de la pathologie caractérielle sévère, habituelle de la personne. La tendance à interrompre prématurément une hospitalisation, en raison de l'amélioration symptomatique apparente et du déni emphatique des intentions suicidaires, représente une cause majeure de suicide, ce d'autant plus qu'il existe une pression financière, bureaucratique et idéologique.

Si l'organisation limite de la personnalité n'est ni associée à une maladie affective majeure, ni à d'autres symptômes psychotiques et si l'humeur dépressive, l'intention suicidaire ne sont pas accompagnées de symptômes physiques de dépression ou de ralentissement psychomoteur important, le traitement de ces patients peut s'envisager en ambulatoire. Mais la présence de traits antisociaux, de malhonnêteté constitue des variables cruciales. Si dans son histoire antérieure, le patient a retenu des informations concernant surtout les tentatives de suicide, l'alcoolisme ou l'abus de drogues, il est alors préférable de faire une courte évaluation hospitalière. Les patients qui démontrent un manque de souci à l'égard d'eux-mêmes, une attitude indifférente, dérogatoire ou affable envers le thérapeute et qui, simultanément, présentent des manifestations de comportement suicidaire, ne doivent pas être considérés moins suicidaires. Au contraire, ils sont virtuellement malhonnêtes dans leur communication et présentent un risque suicidaire plus élevé. Confronter avec tact, le patient, à propos de l'écart entre l'information sur son comportement suicidaire et son peu de souci apparent à ce sujet, pourra clarifier dans quelle mesure les mécanismes de clivage, un déni sévère ou une manipulation consciente sont en cause. La crise de rage d'un patient, confronté avec les aspects contradictoires de son comportement, peut permettre d'obtenir une base solide pour évaluer le potentiel suicidaire. Le patient distant et évasif quant à lui ne

permet pas une évaluation profonde de sa réalité psychique. Il faut évaluer la totalité du comportement.

Les patients aux traits de personnalité infantile et masochiste, ne prenant pas de toxique, dont l'attitude est dépendante et l'attachement excessif (à condition qu'ils semblent honnêtes vis-à-vis d'eux-mêmes en exprimant un souci relatif à leur maladie) peuvent être pris en charge en ambulatoire.

Par ailleurs, les patients dont les intentions ou le comportement suicidaire se développent lors d'une psychothérapie intensive adéquate, et qui fournissent les signes d'une réaction thérapeutique négative, doivent bénéficier transitoirement d'une nouvelle relation psychothérapeutique en milieu hospitalier.

La tendance inconsciente à "*jouer au sauveur*" représente la contre partie exacte de la naïveté dangereuse qui amène à négliger la sévérité de tendances destructrices chez le patient et sa famille. Une cause fréquente de suicide chez les patients limites réside dans l'acceptation, par le thérapeute, de traiter un patient dans des conditions peu optimales, et de permettre un traitement à la carte, ou accepter l'irrégularité des consultations ainsi que le manque éventuel de communication franche.

La discussion honnête et régulière du potentiel suicidaire chronique avec le patient constitue un aspect clé du traitement. Il faut confronter régulièrement le patient à ses aspects contradictoires, attirer son attention de manière continue sur son peu de souci de lui-même, sur ses attaques vis-à-vis des relations éventuellement utiles et sur son absence de collaboration responsable aux efforts thérapeutiques. L'ensemble de ses interventions entraîne une tension immédiate, une agitation et l'expression ouverte de l'agressivité. Ceci oblige le patient à être dans l'authenticité et à minimiser les tentatives manipulatoires. Une atmosphère d'amitié superficielle et de déni des difficultés du patient conduisent souvent à un retour du comportement auto-destructeur, car le patient peut ainsi reprendre la maîtrise de la relation qui devient moins thérapeutique.

Dans de nombreux cas, la sévérité du potentiel auto-destructeur chronique ne peut être diminué de manière significative, même par des hospitalisations prolongées.

Quelquefois un risque suicidaire chronique demeure le prix à payer en vue d'un traitement externe. Là, le patient sera mis au défi, de façon positive, par un style de vie plus productif dans le contexte d'un monde réel mais hors d'un milieu hospitalier artificiellement protecteur.

La diminution du risque suicidaire passe par différents axes :

- les bénéfices secondaires d'un comportement suicidaire doivent être diagnostiqués et contrôlés. Les menaces chroniques reflètent de l'agir inhérent à des tendances familiales sadiques, permettant au patient de dominer sa famille. Un travail familial peut se révéler crucial. Le patient doit apprendre rapidement que la menace suicidaire n'exerce aucun pouvoir sur le thérapeute. Ce dernier doit laisser entendre au patient qu'il serait attristé par sa mort éventuelle, mais qu'il n'est en rien responsable de ses actes et que sa vie n'en serait pas modifiée. Ainsi, il faut créer une base saine pour une nouvelle relation objectale.
- le thérapeute doit faire connaître à l'entourage le risque suicidaire sévère et chronique du patient. Chacun doit pouvoir s'engager, dans un effort collectif, à aider le patient à surmonter sa maladie, sans toutefois lui donner l'assurance d'une protection certaine contre le suicide.
- Quand le patient présente un potentiel suicidaire et/ou automutilateur chronique, le thérapeute doit exploiter et analyser les prolongements de ce potentiel dans les interactions à l'intérieur de la thérapie. Le travail sur le potentiel suicidaire chronique devient un aspect essentiel de la technique psychothérapeutique, un élément toujours présent dans les interprétations du matériel par le thérapeute.
- Pour les thérapies en externe, le suivi des patients limites présentant un potentiel suicidaire chronique ne doit permettre aucun aménagement requérant du patient. Quand le thérapeute est sollicité de manière trop importante, il y a un renforcement du potentiel autodestructeur du patient. Parfois, certains membres du personnel soignant peuvent être amenés graduellement, d'une manière consciente ou inconsciente, à désirer la disparition des patients, reproduisant ainsi, dans le contre transfert, les désirs de mort du patient ou ceux de sa famille à son égard.

L'acceptation honnête d'un échec éventuel par le thérapeute (96) est un élément crucial du traitement de patients avec un "*narcissisme malin*" et un potentiel suicidaire

sévère. Le ressenti conscient ou inconscient du patient, concernant le thérapeute qui veut désespérément le maintenir en vie, va permettre au patient de posséder un pouvoir sur la vie et la mort ainsi que sur le thérapeute. Ceci doit être ouvertement exploré et résolu à l'intérieur de la cure. Tout suicide tenté ou réussi implique l'activation d'une agressivité intense chez le patient et dans son entourage immédiat. Si le thérapeute ressent uniquement tristesse, amour et souci, il dénie sa propre contre agressivité et participe de la dynamique du patient potentiellement suicidaire. Le psychothérapeute doit ressentir de l'empathie à l'égard des tentatives de suicide du patient pour lui permettre d'explorer ouvertement différents éléments (nostalgie de paix, excitation engendrée par une autoagressivité, plaisir d'une vengeance avec des personnes significatives). Toute psychothérapie s'étendant sur plusieurs mois dans des conditions irréalistes, sans communication franche ou sans responsabilité clairement délimitée et acceptée de part et d'autre, peut aussi faire le jeu du potentiel suicidaire du patient. Quelquefois, le psychothérapeute, reconnaissant l'impossibilité d'une situation thérapeutique, doit avoir le courage d'y mettre fin, même si le patient utilise la menace suicidaire afin d'assurer le maintien d'une relation sado-masochiste. Un tel arrêt de traitement ne doit pas correspondre à un " *agir* " impulsif issu du contre transfert mais plutôt à un projet bien réfléchi avec la construction d'un autre projet thérapeutique.

Le risque suicidaire est à évaluer très précisément pour en faire un symptôme et éviter les tentatives manipulatrices sous forme de menaces que les patients utilisent fréquemment en thérapie. Plusieurs modes d'expression de la dépression limite sont repérables du fait notamment des assises narcissiques sur lesquelles le sujet repose.

II.4. LES FORMES CLINIQUES

II.4.1. La dépression narcissique

II.4.1.1. Les relations entre état-limite et problématique narcissique

La distinction entre état limite et pathologie narcissique fluctue en fonction des auteurs. Ainsi, BERGERET (20) ne fait aucune différence nette entre les états limites et la pathologie narcissique, ceux-ci se caractérisant d'ailleurs par la présence de celle-là, et tout le problème du patient limite consiste à se dégager de la lignée narcissique. KOHUT (107), à l'opposé, évoque à plusieurs reprises la différence entre psychose, état limite et pathologie narcissique. " *Les psychoses et les cas limites d'un côté, et les cas analysables de troubles narcissiques de l'autre se différencient de la manière suivante :*

- *les psychoses et les cas limites tendent vers l'abandon permanent des configurations narcissiques intégrées et vers leur remplacement par des délires ;*
- *les troubles narcissiques ne sont sujets qu'à des oscillations mineures et temporaires, allant habituellement vers une fragmentation partielle légèrement affectée de délire réparateur”.*

Toutefois, si la distinction est claire entre d'un côté organisation narcissique avec établissement de ce soi grandiose, et de l'autre côté psychose et états limites, à aucun moment n'apparaît de manière claire ce qui peut différencier les états limites des psychoses.

Pour KERNBERG (100), cette absence de distinction est rigoureusement réfutée. Selon lui, les états-limites se distinguent des états psychotiques par l'existence d'un soi distinct du non-soi, mais maintenu clivé, tandis que le soi psychotique est fragmentaire, confondu avec les objets environnants.

Il semble important de définir le terme de narcissisme pour chacun des auteurs, ce qui permettrait de comprendre les différences théoriques notables entre eux.

Pour KOHUT (107), *“ le narcissisme ne se définit pas par le lieu de l'investissement instinctuel, mais par la nature ou la qualité de la charge instinctuelle elle-même ”.*

Cette définition laisse supposer ainsi qu'il existe, dès l'origine, des charges pulsionnelles distinctes et opposées ; les unes *“ narcissiques ”*, les autres *“ objectales ”*.

Pour GREEN (66) ou KERNBERG (100) il paraît artificiel de dissocier le domaine du narcissisme de celui des relations d'objet. De même, si pour KERNBERG (100), le narcissisme se définit comme l'investissement libidinal du soi, sur le plan génétique, en revanche, *“ l'investissement narcissique et l'investissement d'objet apparaissent en même temps et s'influencent l'un et l'autre de façon étroite. Ce n'est pas la nature même de la pulsion, mais son but qui définit sa dimension narcissique ou objectale ”.* Il existe une double dialectique entre investissement de soi et investissement de l'objet ainsi qu'entre investissement libidinal et investissement agressif, avec une influence réciproque de ces quatre variables.

Dans toute interaction établie par un individu, on retrouve donc un équilibre entre l'investissement de l'objet et l'investissement du soi avec la définition de deux plans, l'un économique et l'autre dynamique. Sur le plan économique, on peut décrire un continuum qui va à une extrémité d'une relation où n'intervient que l'investissement de

l'objet sans investissement narcissique, et à l'autre extrémité une relation où seul l'investissement narcissique guide le choix de l'objet. D'un côté se trouve l'altruisme le plus total, de l'autre le narcissisme le plus pathologique. Sur un plan dynamique, on peut établir un autre axe en fonction de l'intensité du conflit que suscite l'antagonisme entre investissement narcissique et investissement objectal. À une extrémité se situe l'absence de conflit avec une tolérance réciproque entre ces deux types d'investissements qui n'entre pas nécessairement en concurrence. À l'autre extrémité, on observe une conflictualisation très importante et un antagonisme entre les deux types d'investissements. C'est ce double axe, avec importance variable de chaque facteur, que détermine la nature " *normale* " ou pathologique de l'investissement narcissique (95).

Ce qui caractérise la pathologie narcissique est l'importance de la projection du soi sur l'objet faisant de toute interaction un axe saturé d'investissement narcissique. À l'inverse, dans les états-limites, l'objet n'est pas nécessairement porteur de cet investissement narcissique, mais la qualité de cet investissement pulsionnel semble être un élément pathologique prépondérant.

Sur le plan structurel, il existe une différence fondamentale entre les deux. Dans les personnalités narcissiques, on note la présence d'un concept de soi intègre et unifié. Mais une fusion régressive et défensive se produit entre l'image du soi présent, l'idéal du soi et l'objet idéal. C'est cette fusion qui est à l'origine du soi grandiose. Il a pour but de protéger le patient de la tension et de la souffrance habituelle due à l'écart normal qui existe et que le patient perçoit entre le soi réel actuel et l'idéal du soi. Ce processus ne se produit pas dans le narcissisme pathologique puisque les aspects inacceptables du soi sont projetés sur les objets extérieurs dévalorisés, mettant ainsi le patient à l'abri de toute déception possible de son estime de soi. Ce soi grandiose mais intégré doit donc être distingué du soi clivé du patient pré-psychotique.

KOHUT (107) insiste sur la " *moindre souffrance* " apparente du patient narcissique et sa meilleure adaptation de surface à la réalité, qui se produit au prix d'une distorsion importante de celle-ci. L'adaptation est d'autant plus réussie que le patient narcissique a bénéficié dans sa petite enfance d'une position particulière. En effet, à l'origine de ce soi grandiose existe une exacerbation pathologique de l'agressivité orale, une activation de l'envie et une rage destructrice. Alors que le patient limite utilise le

clivage pour protéger son soi et ses objets de cette agressivité pathologique, le patient narcissique bénéficie souvent de qualités ou de dons spéciaux qui lui permettent de se protéger grâce à la constitution de ce soi grandiose avec, parallèlement, une dévalorisation méprisante des objets environnants qui leur ôte toute dangerosité. Ces patients s'enferment donc dans la nécessité de voir ce soi grandiose toujours confirmé, alimenté, hypertrophié et les objets toujours dévalorisés.

En conclusion, il existe des différences importantes entre ces deux entités ; d'une part, le registre pathologique est différent et d'autre part, il existe des divergences sensibles dans l'organisation de la personnalité. La pathologie narcissique est centrée autour d'un soi grandiose mais cohérent, alors que dans les états-limites, le soi est profondément clivé et s'organise autour de ce clivage.

II.4.1.2. La clinique de la dépression narcissique

L'économie dépressive ne représente pas de caractère tellement spécifique ; elle peut être ramenée à une problématique névrotique grave ou à une problématique psychotique légère. Pendant longtemps, on a considéré que tout ce qui n'était pas annexable du côté névrotique aurait des tendances psychotiques. Ce dogme est, depuis quelque temps, considéré comme rigide et simplificateur. Il existe des symptomatologies dépressives résultant d'une insuffisance d'efficacité de structure névrotique qui demeurent, pour l'essentiel, fidèles au modèle oedipien. Les mécanismes dépressifs sont alors destinés ici à combler, autant que possible, les défaillances du système défensif oedipien.

Parfois, des moments dépressifs surviennent chez certains psychotiques non directement délirants, quand ni le déni, ni la construction d'une néo-réalité viennent perturber le tableau clinique. Par ailleurs, dans un grand nombre de dépressions, il existe un transfert dit " *dépressif* ", prenant des allures maniaques. Le mode de transfert n'est pas définitif mais peut, faute d'élaboration suffisante, se prolonger indéfiniment dans une constante répétition alliant dépendance narcissique et violence défensive.

II.4.1.2.1. Le point de vue psychogénétique

La dépression nécessite qu'il y ait eu une inscription symbolique oedipienne au sein de la personnalité. Cependant l'imaginaire triangulaire, génital et oedipien n'est pas

capable seul de structurer d'emblée l'ensemble du fonctionnement imaginaire d'un sujet, et de l'orienter vers une évolution névrotique.

Dans les situations dépressives, l'imaginaire génital, certes présent à l'état latent et potentiel ne peut pas remplir les fonctions d'opérateur principal. Le primat organisationnel, demeure, dans ce cas, comme dans la petite enfance, de nature essentiellement narcissique-phallique. Ces sujets se focalisent autour d'activités considérées comme vitales et d'angoisses persécutrices considérées comme justifiées (3, 74). Faute d'apports externes suffisants pour combler les besoins narcissiques, primordiaux, corporels et affectifs, il est impossible pour le sujet de réaliser une expérience pleinement réussie de satisfaction d'un désir. Le sujet va demeurer esclave du dilemme qui implique le manque d'éléments essentiels et le comblement incessant du besoin. Cette position implique un appel continu à l'autre en tant qu'objet narcissique extérieur supposé être doté de "pouvoirs magiques" tant bénéfiques que maléfiques. Ce système archaïque et anaclitique, très opérant chez les toxicomanes, est également repérable chez tous les déprimés.

II.4.1.2.2. Le point de vue métapsychologique

Dans un transfert dépressif, le Moi n'est pas conforme à la définition freudienne (56), qui en fait un élément de synthèse de la personnalité. En effet, ce Moi est :

- médiateur efficace entre le Ça et le Surmoi (peu opérant chez le dépressif),
- capable d'aménager son pare-excitation interne,
- élément de liaison sur le registre imaginaire,
- le résultat des identifications primaires positives successives permettant d'aboutir à des identifications secondaires sexuelles qui s'appuient sur un narcissisme suffisant.

Cette instance archaïque de nature narcissique est analogue au "*Soi*" des auteurs anglo-saxons. Il est peu différencié des pulsions primitives. Il apparaît également comme avide d'apports extérieurs et en même temps comme incapable d'intégrer ces rapports et de les interioriser. Un tel soi est rivé aux instances idéales primitives : un "*Idéal de soi*" (89) imitant l'idéal affirmé par l'autre dans une situation de dépendance. Pour lui permettre une évolution névrotique, le sujet doit être accompagné dans le besoin de satisfaction de ses pulsions libidinales. La capacité libidinale naturelle de liaison et d'intégration des pulsions archaïques violentes au

service des élaborations sexuelles est faible. La violence instinctuelle primitive et défensive du soi va chercher trois issues possibles :

- son expression à l'état pur,
- la récupération à son profit d'éléments libidinaux flottants conduisant à l'agressivité,
- le plus souvent, la disparition globale des émergences pulsionnelles.

Le sujet a, selon K. ABRAHAM (3), “ *perdu sa capacité de manifester tout autant son amour que sa haine* ”.

Concernant les défenses, la disparition assez globale des émergences pulsionnelles ne correspond pas à un refoulement. Il s'agit d'une répression concernant les affects. C'est par ce genre d'opération défensive que sont éliminées les émergences pulsionnelles estimées dangereuses pour le narcissisme du sujet et parfois même pour son existence. Ce mécanisme permet donc une diminution de l'émergence trop directe des pulsions sexuelles, et de la présence permanente de la violence instinctuelle primitive d'auto-défense. Selon FREUD (58) l'affect réprimé ne devient pas inconscient mais demeure présent dans le préconscient du sujet, d'où sa possible irruption à tout moment. Chez ces sujets, il existe donc des irruptions pulsionnelles farouches, intempestives et violentes.

II.4.1.2.3. L'angoisse dépressive

Le sujet essaie de faire passer pour des affects ce qui demeure des manifestations bruyantes d'appel à l'aide et d'accusation d'abandon. En effet, les plaintes et les revendications du dépressif, liées à ses angoisses éventuelles, ne constituent pas l'expression d'un affect mais une sorte de formation réactionnelle. Ceci est le seul repère manifeste d'une pulsion qui ne doit pas apparaître avec l'angoisse qui s'y trouve liée sinon sous la forme d'une opposition à cette pulsion.

C'est la notion violente qui se voit le plus profondément masquée par la force de la formation réactionnelle faisant référence à une pseudotendresse, pouvant prendre valeur de trait de caractère (61). Il existe des ruptures brutales aux conséquences explosives en cas de débordement des contenus pulsionnels jusque là aussi astucieusement tenus à l'écart. L'angoisse, dans ce cas, 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. Elle porte également sur le besoin, propre au

sujet, de conserver le bénéfice d'un pare-excitateur extérieur, renforçateur de son propre pare-excitateur 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.

II.4.1.2.4. Le dépressif et son objet

La relation d'objet des dépressifs est marquée par l'anaclitisme, c'est-à-dire la dépendance. L'objet, au sens psychanalytique, ne peut être conçu que comme défini par son but pulsionnel et coloré par les affects liés à sa représentation subjective.

Le "*bon objet*" n'est pas avant tout, comme pour le névrotique, un "*objet d'amour*"; c'est un objet pouvant être gratifiant et rassurant aussi bien que menaçant. Il s'agit de maintenir cet objet à la juste distance en permettant ainsi au sujet de choisir d'utiliser cet objet selon ses propres attentes.

Le "*mauvais objet*" n'est pas un objet qui refuse la relation amoureuse, comme chez le névrotique. Il existe deux variétés de mauvais objet : ceux qui s'éloignent trop loin devenant frustrants narcissiquement et en pare-excitations et ceux qui se rapprochent trop jusqu'à devenir narcissiquement menaçants par risque de domination et persécution.

Les mouvements de projection corrélatifs aux représentations bonnes ou mauvaises de l'objet trouveront une élaboration correcte dans le modèle de réponse proposé par M. KLEIN (104) à propos de l'attitude de la mère "*bonne*". Cette mère, acceptante, est positivement opératoire dans la réponse donnée à l'identification projective. Ceci permet une progressive ré-introjection de l'ambivalence des affects par le sujet.

II.4.1.2.5. L'objet et son clivage

Dans l'économie dépressive, le clivage objectal ne doit pas être confondu avec le clivage du moi et la dépersonnalisation. Il 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. 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 représentation est finalement partielle et peut ainsi être plus facilement mobilisée et manipulée par les capacités imaginaires et identificatoires réduites du dépressif. 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.

En thérapie, il faut aider à l'unification ou au moins permettre de supporter l'ambivalence narcissique par l'accès à l'imaginaire et évoluer vers une représentation libidinale de l'objet. Par la suite, il faudra aider le sujet à supporter l'inévitable ambivalence affective ressentie à l'égard de cet objet.

II.4.2. La dépression essentielle

MARTY (123) donne certains aspects sémiologiques, psychodynamiques et économiques de la "*dépression essentielle*".

Il n'y a pas de psychopathologie expressive, ce qui la différencie des dépressions symptomatiques des états-limites.

En général, elle associe l'abaissement du tonus libidinal sans contre partie économique, l'effacement de la dynamique habituelle, sans recours possible à des objets internes ou externes et l'effacement de la vie onirique et fantasmatique signant d'emblée une problématique de désorganisation plutôt qu'une dialectique fixation-régression. Tout se passe comme si l'observateur et le sujet, assistaient, impuissants, à la disparition des témoins habituels de la vie mentale sans compensation économique décelable. Il s'agit de moments privilégiés d'extinction de la vie pulsionnelle, ce qui contraste avec la trajectoire existentielle chaotique des états-limites avec, en conséquence, des mouvements dépressifs aigus. Le déprimé "*essentiel*" (123) n'a plus accès aux intrusions conflictuelles et à leur charge de culpabilité. Il a peu de possibilités identificatoires authentiques et d'expressions sublimatoires satisfaisantes, ce qui peut entraîner des hémorragies narcissiques croissantes. Le Moi est totalement sidéré dans ses fonctions libidinales et cognitives habituelles. Les manifestations du Sur-Moi

paraissent actuelles et collectives sans témoigner d'introjections spécifiques et personnalisées. Elles fonctionnent dans un registre peu conflictualisé, présentant une tonalité mégalomaniacale et ne peuvent donc pas être utilisées dans leur fonction d'intériorisation et de régulation topique et économique.

Le concept de "*dépression essentielle*" (123) illustre la problématique de l'objet interne et de sa perte éventuelle. Il s'agit d'une "*prothèse*" (123), plutôt que d'un objet, incorporée, peu assimilée et donc peu susceptible de remaniement tant narcissique qu'objectal. À l'occasion de la perte objectale, la blessure narcissique prend des proportions dramatiques car elle n'est pas représentée ni investie et ne peut donc être vécue que douloureusement dans un état d'angoisse et de détresse. 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. L'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés et non maîtrisables par manque de représentation, de symbolisation, de possibilité de nomination, ne donne pas lieu à une angoisse-signal, mais à une angoisse permanente de débordement rendant toute élaboration mentale impossible. L'inaccessibilité à la représentation, entraîne une perte d'objet irrémédiable puisqu'il n'est plus susceptible de subir les mouvements essentiels au travail de deuil. De la même manière, lors de la perte d'un objet externe, aucune mesure défensive de la nature du clivage et de la "*dé-idéalisation*", comme on le retrouve dans les états-limites, n'est possible ; tout travail de deuil aussi pathologique qu'il soit devient irréalisable.

Dans l'état-limite, le manque fondamental de confiance dans l'objet se traduit par une méfiance vis-à-vis des objets internalisés. 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. En revanche, 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, repérable et mobilisable. Il existe peu de signe positif ; l'inconscient n'émet plus et les capacités associatives se tarissent. La culpabilité disparaît, le factuel prend le pas sur l'imaginaire, aboutissant à un désintéret pour le passé comme pour l'avenir. Il y a une disparition des qualités nominales et surtout affectives du vécu (alexithymie) (148), ce qui appauvrit la symptomatologie mentale au profit de la décharge dans le corps. Malgré certaines tentatives de

réorganisation régressive, seules demeurent évidentes certaines expressions de caractère et de comportement. 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 (167) de certaines structures limites. La dépression symptomatique de l'état-limite varie en intensité autant qu'en sémiologie ; seule l'appréciation simultanée de trois variables permet d'en évaluer la qualité et le pronostic :

- qualité de la dépression
- aspects quantitatifs
- effets désorganisateurs vis-à-vis du fonctionnement du Moi au niveau topique et économique.

L'existence de sentiments authentiques de culpabilité et de remords traduit l'intégration toujours présente du Sur-Moi dans la problématique conflictuelle. Néanmoins, la dépression qui se traduit par des sentiments de rage impuissante ou de désespoir, semble davantage liée à l'effondrement d'une image de soi idéalisée. Enfin la dépression “*franchement psychotique*” décrite par KERNBERG (99) signe la désorganisation la plus profonde du Moi et s'accompagne souvent de vécus intenses de dépersonnalisation et éventuellement de représentations mentales délirantes, d'idées d'influence corporelle et psychique notamment. La perte des capacités de représentations mentales, comme processus défensif et néoconstructif du Moi, n'est pas totale ; la somatisation n'est pas nécessairement privilégiée comme dans la dépression “*limite essentielle*”.

Pour ARTIERES (18), le “*gel des introjections*”, souvent évident dans la “*dépression du vide*”, qu'il s'agisse de “*dépression essentielle*” ou de “*dépression limite*”, favorise la régression à l'incorporation orale. Le clivage sera alors le seul moyen d'éviter au Moi une désintégration plus complète. Mais, plutôt que de souffrir de la perte de l'objet, le déprimé limite acceptera de souffrir du mauvais objet, d'en être persécuté. La mise en place d'une causalité délirante aussi pathologique qu'elle soit, témoigne toujours de capacités de représentations mentales, alors que la “*dépression essentielle*” signe de la mort psychique et de l'impossibilité d'aimer et de haïr. La perte de l'objet et le vide qui en résulte, témoignent du “*gel des introjections*”, de

l'effondrement de l'objet narcissique internalisé et de l'idéal du Moi. La perte de l'investissement prégénital anaclitique et la défaillance des capacités d'introjection pulsionnelle rendent toute conflictualisation impossible. La dépression essentielle se caractérise par l'absence d'objet de recours : c'est une dépression sans objet. Les patients réagissent comme des nourrissons séparés de leur mère et privés d'un soutien indispensable à leur survie physique puis mentale (*"Dépression anaclitique"*) (151). Leur demande d'aide urgente, désespérée et souvent déniée, fait suite à une perte réelle. Leur rapport avec la réalité paraît étrange et inquiétant. Le syndrome abandonnique est surtout exprimé dans le corps (agrippement, refus de contact, incapacité d'évaluation des besoins élémentaires). L'ensemble de leurs comportements évoque une position en deçà de l'aphorisme de WINNICOTT (167) concernant *"ceux pour qui l'absence est plus réelle que la présence, le négatif prime toujours sur le positif, l'objet qui n'est pas là existe plus que celui qu'ils côtoient"*. Mais ceux-ci concernent les objets internes qui, lors du stade de *"dépression essentielle"*, sont absents.

Ainsi, dans la dépression essentielle, il existe un double manque avec une véritable pathologie lésionnelle du Moi, longtemps enkystée, entraînant une incapacité d'introjection valable d'objet interne ainsi qu'une incapacité relationnelle de *"secours"* vis-à-vis d'objet externe.

Dans la dépression habituelle des états-limites, la permanence d'un objet intérieur, narcissiquement investi, reste constante 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, semble absent : les reproches internes sont rares, on observe un certain sens du devoir émanant davantage d'un Idéal du Moi que d'un Sur-Moi stable, personnalisé et organisé. Le travail de deuil nécessite l'intériorisation réussie de l'objet perdu initialement externe. La *"dépression essentielle"* ne peut s'inscrire dans les cadres nosographiques psychosomatiques habituels. Elle n'est pas une maladie de l'adaptation, ni le témoin d'un conflit spécifique ni le répondant d'un profil de personnalité particulier.

Ainsi, la *"dépression essentielle"*, par son rapport à l'objet s'apparente à une forme clinique plus sévère de *"dépression limite"*.

II.5. LES CONCEPTIONS MODERNES ET LEURS IMPLICATIONS

II.5.1. Historique et définition

II.5.1.1. Concept d'état-limite

À la fin des années 30, certains cliniciens (45,49,161) décrivaient des patients pas assez malades pour recevoir le diagnostic de schizophrénie et néanmoins trop perturbés pour répondre au traitement psychanalytique classique.

À la fin des années 60, GRINKER et ses collaborateurs (69) avaient identifié quatre sous-groupes dans l'espace entre névrose et psychose : un sous-groupe à la limite de la psychose, un borderline central, un " *as-if*" (45) et un sous-groupe à la limite de la névrose.

En 1975, GUNDERSON et SINGER (77) identifiaient six caractéristiques du syndrome borderline : affects internes (nature colérique ou dépressive), impulsivité, adaptation superficielle aux situations sociales, épisodes psychotiques transitoires, tendance à produire des associations lâches lors de tests projectifs ou de situations peu structurées, instabilité des relations interpersonnelles (dépendance extrême à indépendance superficielle et transitoire).

Au même moment, KERNBERG (100) a tenté de définir le syndrome état-limite, mais à partir d'une perspective plus psychanalytique. Il a essayé de comprendre le phénomène dans son ensemble et l'a nommé " *organisation de la personnalité borderline*". Selon KERNBERG (93), les individus de ce groupe présentent des manifestations non spécifiques de faiblesse du Moi, une tendance à régresser vers une pensée de type psychotique (dans des situations affectives intenses ou en l'absence de structure), des opérations défensives spécifiques (clivage, idéalisation primitive, identification projective, déni, omnipotence et dévaluation) et des internalisations de relations d'objets pathologiques.

Peu de temps après, le travail de BERGERET (22) s'inscrit parfaitement dans ce courant d'élargissement de l'ensemble des troubles susceptibles d'être aidés par la psychiatrie et la psychologie. Sa théorie générale permet de décrire les particularités du

fonctionnement psychique des états-limites en rapport à la relation d'objet, aux défenses, à l'investissement libidinal et à la nature de l'angoisse. Mais il refuse, contrairement à KERNBERG, de reconnaître le plein statut de structure de personnalité aux états-limites : selon lui, il s'agit plutôt **d'astructuration**.

L'élaboration des conceptions de GUNDERSON et de KERNBERG a entraîné l'addition relativement récente de la catégorie diagnostique "*trouble de personnalité borderline*" au sein du DSM III. Depuis sa création, cette catégorie continue de ne faire référence qu'à une certaine partie de "*l'organisation de la personnalité borderline*" (DSM III R (13) - DSM IV (14)).

II.5.1.2. Prévalence du trouble de la personnalité état-limite

Les résultats d'études récentes permettent d'estimer la prévalence du trouble de personnalité état-limite à 2 % de la population générale, 10 % des patients suivis en ambulatoire et 20 % des patients hospitalisés.

Le trouble état-limite constitue entre 30 et 60 % de la population clinique atteinte d'un trouble de la personnalité. Les femmes représentent 75 % des sujets.

II.5.1.3. Comorbidité du trouble état-limite et des troubles de l'humeur

SULLIVAN et coll (160), observe en 1994 que 7 % des patients souffrant d'une dépression majeure sont également atteints par un trouble de la personnalité état-limite. Cette valeur augmente à 16 % chez les patients suivis en ambulatoire et 25 % chez les patients hospitalisés.

GUNDERSON et ELLIOT (79) rapportent la présence d'un trouble limite de la personnalité chez 8 à 61 % des individus traités pour un trouble de l'humeur. Selon eux, cette valeur est particulièrement élevée chez les patients qui souffrent d'un trouble dépressif majeur unipolaire.

Une méta-analyse (165), recensant 43 études conclue que 32 % des états-limites souffrent, ont souffert ou souffriront d'une dépression majeure, 17 % de dysthymie, 5 % de cyclothymie et 4 % d'un trouble bipolaire.

Les valeurs de comorbidité varient sensiblement en fonction des études et des critères d'inclusion. Malgré ces biais de mesure, on peut estimer (79) que 40 à 60 % des patients, présentant un trouble de l'humeur, souffrent également d'un trouble de la personnalité état-limite et vice-versa.

II.5.2. Les différentes modélisations

La coexistence entre dépression majeure et trouble de personnalité état-limite, entraîne des questionnements concernant le recouplement des critères diagnostiques utilisés pour définir les deux entités (83).

Les définitions des troubles de personnalité contiennent généralement peu de ces critères “*affectifs*” que l'on retrouve dans la dépression : il semble donc que la comorbidité entre les troubles de l'humeur et les états-limites soit tributaire d'une autre dimension qui lierait les troubles de l'humeur à l'ensemble des troubles de la personnalité, plutôt que trouble état-limite uniquement.

Ainsi la comorbidité entre ces deux entités ne repose pas sur un recouplement de critères diagnostiques.

Il est probable que les individus états-limites qui consultent soient plus déprimés que ceux qui ne consultent pas ; ils gonflent ainsi les statistiques de comorbidité. Cette hypothèse est impossible à confirmer, puisqu'il est impossible d'estimer l'état psychopathologique de ceux qui ne consultent pas.

II.5.2.1. La théorie d'AKISKAL

Selon AKISKAL le trouble état-limite n'appartient pas vraiment au trouble de la personnalité. Il conteste son inclusion sur l'axe II du DSM, suggérant plutôt de le reléguer à un axe psychodynamique indépendant (7,9). Le syndrome état-limite représente plutôt un ensemble hétérogène d'états qui seraient mieux représentés par d'autres diagnostics psychiatriques de l'axe I. Ainsi, le plus grand nombre d'état-limite serait situé à une frontière affective, où les symptômes sont principalement attribuables à des troubles de l'humeur. Une part moins importante se trouverait à la frontière des troubles anxieux et correspondrait à une dépression atypique (161) ou un syndrome phobique anxieux avec dépersonnalisation (141). Une troisième part, sensiblement égale à la précédente, serait localisée à la frontière des troubles de personnalité histrionique et antisociale. Une dernière partie infime serait aux frontières de la schizophrénie.

Dans les années 80, AKISKAL a élaboré une théorie plus précise concernant le recoupement entre les troubles de l'humeur et le trouble état-limite (5,8,9). Les individus états-limites non dépressifs ont trois points en commun avec les patients ayant des troubles affectifs primaires : une courte latence de la période de REM (mouvements rapides des yeux) de leur sommeil, des parents présentant plus de maladies affectives ou d'un autre trouble de la personnalité, et pour les deux tiers d'entre eux une comorbidité de maladies affectives (troubles chroniques du tempérament).

AKISKAL conclut qu'une grande proportion de patients diagnostiqués états-limites souffrent en fait d'une maladie affective primaire "*sous syndromique*". De plus, le trouble état-limite et les troubles de l'humeur partageraient une même origine, à savoir la présence préalable d'un tempérament cyclothymique ou dysthymique, qui précéderait en quelque sorte l'apparition d'un syndrome affectif plus ou moins intense. En conséquence, l'apparition d'un épisode de dépression majeure chez les états-limites ne serait que la manifestation d'une exacerbation de leur tempérament cyclo ou dysthymique.

Selon cette conception, des composantes génétiques contribueraient aux troubles de l'humeur en tant que facteurs prédisposants. Le sexe agirait au même titre que son influence soit biologique ou sociale (les femmes sont davantage à risque). Pour ce qui est des parents, ils risquent d'imposer des pertes précoces par l'adoption de comportements conflictuels menant potentiellement à des séparations. L'ensemble de ces facteurs prédisposants entraînerait le développement de ce tempérament qu'AKISKAL définit comme étant le fonctionnement sous syndromique des troubles cyclothymiques et dysthymiques. Ce tempérament créerait à son tour des frictions interpersonnelles, de l'activation émotionnelle excessive et la recherche de stimulants ; toutes ces conséquences risquant de précipiter les épisodes de dépression. De même, l'instabilité du tempérament entrave des événements stressants et contrariants, qui à leur tour pourraient précipiter les épisodes dépressifs. Finalement, l'apparition de l'épisode dépressif en tant que tel pourrait augmenter l'intensité ou la gravité des événements stressants, venant ainsi renforcer la totalité du cycle.

II.5.2.2. La théorie de GUNDERSON

GUNDERSON a choisi d'étayer sa conception sur une analyse de la littérature concernant le lien entre les troubles affectifs et le trouble de la personnalité état-limite. Les résultats ont montré que l'ensemble de la littérature faisait justement référence à quatre types de liens (79):

- un trouble affectif, probablement la dépression qui est à l'origine des syndromes affectifs et de la pathologie du caractère état-limite (AKISKAL).
- le trouble de la personnalité état-limite qui peut induire des troubles affectifs d'intensité suffisante pour être diagnostiqués (KERNBERG).
- le trouble de la personnalité état-limite et les troubles affectifs qui n'ont aucun lien entre eux.
- les symptômes du trouble de personnalité état-limite et des troubles affectifs qui proviennent de plusieurs sources peuvent se combiner de différentes façons, occasionnant soit la dépression, la dysphorie chronique ou le trouble état-limite comme syndrome unique, soit une combinaison de ces trois syndromes.

Dans une seconde analyse de la littérature, GUNDERSON (79) déclare que la première hypothèse, celle d'AKISKAL, peut désormais être définitivement rejetée et que les données empiriques semblent supporter majoritairement la troisième hypothèse, à savoir que les troubles affectifs sont indépendants du trouble de personnalité état-limite. En effet, la dépression unipolaire est qualitativement différente de la dépression caractérielle que l'on observe chez les états-limites. La dépression unipolaire serait associée à un sous-type auto-critique, dans lequel les individus se sentent agités, abattus et retirés. La dépression caractérielle se voit plutôt associée à un sous-type dépendant, rejeté, avide et auto-destructeur. Les deux types partagent néanmoins certaines caractéristiques, dont l'impression d'être sans valeur, sans espoir ainsi qu'une estime de soi fragile.

Certaines études (131,170) ont montré que la présence de troubles de l'humeur chez les états-limites peut être expliquée par une forte proportion de troubles de l'humeur dans leur famille d'origine. Il est également montré que dans les antécédents familiaux des états-limites, on trouve des parents souffrant d'un trouble de la personnalité état-limite, antisocial ou de toxicomanie.

L'étude des marqueurs biologiques du trouble état-limite indique un dérèglement de l'impulsivité plutôt qu'un dérèglement affectif, dans l'étiologie de ce trouble. À travers l'étude du système biologique, on suggère que le trouble borderline est fondamentalement différent des troubles de l'humeur.

Finalement, il semble que l'environnement familial dans lequel ont grandi les états-limites soit différent de celui des individus souffrant d'un trouble de l'humeur. Les états-limites auraient subi plus de pertes parentales précoces (avant l'âge de 6 ans), et ceci dans un contexte où les deux parents souffrent d'une psychopathologie. Les états-limites auraient également subi davantage d'abus sexuels et de violences physiques.

GUNDERSON conclut, de ces éléments, qu'une forte influence environnementale serait à l'origine du trouble de personnalité état-limite, alors qu'une forte influence constitutionnelle serait à l'origine des troubles de l'humeur.

II.5.2.3. La théorie de KERNBERG

KERNBERG a relié l'étiologie et la pathogénie du trouble de la personnalité état-limite à la phase de séparation-individuation du développement psychique décrite par M. MAHLER (118). MAHLER place cette phase à la fin du processus chronologique du développement infantile, après que les phases symbiotique et autistique aient été traversées.

Selon KERNBERG (94), les individus, souffrant du trouble de personnalité état-limite, auraient traversé relativement normalement les premiers mois de leur vie, mais auraient connu des difficultés importantes lors de la phase de séparation-individuation, plus particulièrement lors de la sous-phase du rapprochement (14 mois). Ces difficultés seraient imputées soit à une non disponibilité de la mère lors de cette période critique, soit à une tendance agressive constitutionnelle de l'enfant, soit à une combinaison de ces deux éléments. Les difficultés subies par les états-limites les auraient empêchés de développer la constance affective des représentations des autres et d'eux-mêmes, et donc d'intégrer les aspects bons et mauvais de ces représentations. En fait, les expériences de séparation et de négligence nourrissent l'agressivité et l'affect de rage contre lesquels ces enfants tentent de se protéger par des mécanismes de défenses primitifs comme le clivage des représentations internes. Ils auraient ainsi tendance à

concevoir les représentations significatives qu'ils ont d'eux-mêmes et des autres comme étant soit idéalisées, soit fortement dévaluées. De plus, puisqu'ils ne bénéficient pas de représentations internes cohérentes, réalistes et rassurantes des autres, ils seraient particulièrement sensibles aux séparations et à l'angoisse d'abandon. Cette sensibilité, à son tour, consolide les mécanismes de défenses primitives dans un véritable cercle vicieux. L'agressivité constitutionnelle excessive des états-limites jouerait un rôle semblable ; elle serait à l'origine de la conviction que tout ce qu'il y a de mauvais en eux et chez les autres est plus puissant que les aspects positifs. La forte charge agressive investie dans ces objets internes favorise l'utilisation du clivage, de telle sorte que l'enfant ne parvient pas à accéder à la position dépressive (105). Le clivage bloque ainsi l'accès à la constance de l'objet et fait perdurer l'utilisation de mécanismes de défenses primitifs qui sont à la base de la plupart des manifestations cliniques de ce trouble de la personnalité comme l'impulsivité, l'hyperémotivité, l'instabilité de l'identité, des affects et de l'humeur...

En conclusion, si AKISKAL insiste sur la transmission génétique d'un dérèglement affectif dans l'étiologie du trouble état-limite, qu'il considère d'ailleurs en grande partie associé aux troubles de l'humeur, KERNBERG et GUNDERSON semblent, quant à eux, accorder une importance aux facteurs environnementaux. Ils émettent l'hypothèse qu'un dérèglement de l'impulsivité ou de l'agressivité, et non un dérèglement affectif, soit à l'origine du trouble état-limite. La prise en charge clinique diffère également en fonction des divergences théoriques. Cette polémique s'étend au delà des états-limites et pose la question du traitement primaire des patients atteints d'une pathologie psychique : pharmacothérapie ou psychothérapie ?

II.5.2.4. La théorie de CLONINGER

Une première hypothèse (76) pour expliquer les liens entre épisodes dépressifs unipolaires et troubles de la personnalité est celle de la coexistence possible de ces deux troubles du fait du hasard. Les données épidémiologiques ne permettent ni d'infirmer ni de confirmer cette première hypothèse.

Toutefois, et ceci pourrait constituer une deuxième hypothèse (76), il semble plus probable que certaines caractéristiques de personnalité prédisposent à la survenue d'épisodes dépressifs majeurs. Certains traits de personnalité seraient donc des traits pré-morbides.

Une troisième hypothèse pourrait être que les épisodes dépressifs modifient la personnalité (76). Ces traits de personnalité seraient alors des traits postmorbides.

Certains traits de personnalité pourraient aussi être permorbides et s'exprimer préférentiellement au cours d'un épisode dépressif, cela constituant une quatrième hypothèse (76). Dans cette perspective, il est probablement heuristique de considérer certaines caractéristiques de personnalité comme des formes infra-cliniques de troubles dépressifs. Ainsi, on peut très bien envisager qu'un trouble dépressif chronique a minima puisse être diagnostiqué à tort comme un trouble de la personnalité, de type borderline ou histrionique par exemple, les conséquences thérapeutiques et pronostiques de ce diagnostic erroné pouvant être particulièrement graves pour un patient. Dans cette perspective uniciste, où les troubles dépressifs majeurs et les pathologies de personnalité pourraient être l'expression d'un même processus pathologique sous-jacent, la personnalité dépressive et le trouble dysthymique trouveraient aisément leur place au sein d'un continuum entre traits de personnalité, pathologies de personnalité, anxiété, troubles dysthymiques et épisodes dépressifs majeurs.

Les différentes hypothèses citées précédemment ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, CLONINGER (37, 38, 39, 91) a proposé un modèle de personnalité reposant sur deux entités : le tempérament et le caractère. Le tempérament serait un invariant lié à la biologie et aux gènes et donc aux caractéristiques prémorbides alors que le caractère, lié davantage à l'éducation et aux événements de vie, pourrait évoluer au cours de la vie et donc correspondre aux caractéristiques postmorbides. Ce modèle pourrait être pertinent en termes d'association entre troubles de la personnalité et épisodes dépressifs.

Les difficultés rencontrées dans l'étude des liens entre pathologies de personnalité et épisodes dépressifs avérés et le caractère parfois décevant des résultats mis en évidence ne permettent pas de faire l'économie de l'utilisation de modèles dimensionnels de la personnalité. Ces modèles permettent notamment de prendre en compte les traits de personnalité non pathologiques qui pourraient être pertinents cliniquement chez les patients déprimés en termes de vulnérabilité ou de séquelles post-dépressives. C'est probablement en combinant modèles catégoriels et dimensionnels dans une approche prospective qu'on pourra au mieux pallier ces difficultés.

Ainsi, la fréquence des troubles de la personnalité chez les patients présentant un épisode dépressif majeur est d'environ 20 % à 50 % chez les patients hospitalisés et de 50 % à 85 % chez les patients ambulatoires. Parmi les patients qui présentent un épisode dépressif majeur actuel, la fréquence des principaux troubles de personnalité est d'environ 10 à 15 % pour la personnalité histrionique et 10 % à 30 % pour la personnalité borderline.

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients ayant présenté au moins un épisode dépressif majeur au cours de leur vie reste insuffisamment connue mais elle pourrait concerner la moitié de ces patients.

Ainsi, la coexistence d'un trouble de la personnalité et d'une dépression majeure est fréquente et les résultats montrent à quel point la nature des pathologies de personnalité associées aux états dépressifs avérés est hétérogène.

II.6. : L'INTEGRATION ENTRE SYSTEMES BIOLOGIQUE ET PSYCHODYNAMIQUE

II.6.1. La classification

Il existe une importante hétérogénéité dans l'étiologie des états limites (43, 158) parfois proche de la schizophrénie, appartenant au cadre des désordres thymiques ou étant décrits comme résiduels (43). Parfois, ce sont les facteurs "*structurels*" ou organiques qui prédominent, d'autre fois, ce sont plus les facteurs "*fonctionnels*" ou psychologiques. Certaines lésions minimales du cerveau entraînent des déficits dans le traitement de l'information, dans le contrôle des impulsions, des troubles cognitifs tels qu'on les rencontre chez les sujets limites. Les anomalies caractérielles, plutôt rencontrées dans les étiologies "*fonctionnelles*", sont essentiellement la dysphorie et la dépendance anaclitique. Dans l'anamnèse de ces patients, on remarque souvent une perte d'objet survenue pendant l'enfance (décès, séparation) (148,154), vécue sur un mode qui semble compromettre les relations d'objet futures et accroître la vulnérabilité des états dépressifs. La perte d'objet prématurée, commune à tous types d'états limites et surtout fréquente chez les sujets ayant dû être hospitalisés (60 %) (154) dans une proportion de 30 % chez les autres. AKISKAL (5, 6) a également attiré l'attention sur les sous-catégories du syndrome thymique. Il existerait un groupe d'états limites qui

subissaient une série d'épisodes majeurs de désordres thymiques, ou une expérience isolée de suicide.

De nombreux critères diagnostiques de l'état limite dans le DSM II appartiennent au registre thymique (6 critères sur 8). En 1981, AKISKAL (5), a donc défini une sous-catégorie d'états limites avec symptômes dépressifs (2/3 des états limites), qui représente, selon lui, la "*frontière de la névrose*". D'un point de vue étiologique, ces états limites thymiques sont maniaco-dépressifs, et représentent plus de la moitié des populations d'états limites. Cela voudrait dire que, même si des circonstances de vie défavorables constituent le facteur unique ou primordial chez de nombreux états limites dépressifs, il existe une prédisposition manico-dépressive dans plus de la moitié des cas.

Ceci semble se renforcer par la présence d'importants symptômes dépressifs de type endogène et la présence, dans l'histoire familiale, d'une forte charge génétique. Les cas limites "thymiques" sont des dépressifs coléreux et impulsifs. Ces deux signes ne sont pas retenus comme critères de gravité du désordre dépressif, bien qu'ils soient pourvoyeurs de nombreux passages à l'acte hétéro et auto-agressifs allant parfois jusqu'au suicide.

Certaines patientes "*états limites*" pourraient appartenir au groupe des "*dysphoriques hystéroïdes*", décrites par D. KLEIN et M.R. LIEBONITZ (114), qui sont des malades d'allure hystérique, de sexe féminin et qui possèdent des traits "*d'états limites*". Ces malades subissent de fréquents épisodes dépressifs mais ont aussi de courtes périodes d'hypomanie. Elles ont une histoire familiale maniaco-dépressive. On peut les apparenter au trouble bipolaire de type II.

Le pourcentage de désordres thymiques n'est pas identique dans les états-limites selon les différents critères diagnostiques (12, 77, 93). Dans le système de KERNBERG (93), "*la structure limite se distingue de la structure psychotique par la capacité d'éprouver la réalité qui est bien préservée chez les cas-limites, même dans des conditions subtiles de relations interpersonnelles*".

Les autres définitions s'orientent vers le facteur thymique mais ne structure pas le groupe. Dans l'optique de GUNDERSON (77), les patients limites doivent avoir des désordres thymiques concomitants ou des désordres caractériels sans symptômes

thymiques importants. Selon STONE (158) les désordres thymiques sont atypiques et commencent chez un adolescent “ *limite* ” où un cas de psychose inapparente progresse vers une forme plus classique de maladie maniaco-dépressive. Les critères d’inclusion sont l’impulsivité, les tentatives de suicides manipulatrices, les crises psychotiques de courte durée (thymiques ou paranoïdes) et la colère (affect prédominant) avec en plus une tendance à la dépression si le sujet se vit comme abandonné par l’objet (de son amour). Cette sélection entraîne de nombreux malades thymiques (endogène ou non). Le trouble de l’identité se retrouve presque toujours parmi les malades borderline, quelque soit le système de classification. Dans le DSM III (12), les huit items définissant une personnalité borderline tendent à sélectionner les malades thymiques. Les maladies maniaco-dépressives sont rangées selon la tonalité ou selon l’intensité de leur humeur. On retrouve également souvent : l’irritabilité, la qualité du tempérament incluant impulsivité et irascibilité, rejoignant deux items (impulsivité et colère inappropriée) communs aux borderlines du DSM III (12). Les deux critères les plus importants et les plus fréquents en clinique sont l’instabilité dans les relations et la labilité de l’humeur. Le trouble de l’identité, selon BERGERET (25), mérite une place séparée comme élément diagnostique dont la présence doit être obligatoire pour parler d’état-limite; Pour KERNBERG (93) également, les troubles de l’identité correspondant à une non intégration du Moi restent le trait saillant de la structure borderline.

II.6.2. Les corrélations biologiques, neurophysiologiques et génétiques

Les marqueurs biologiques, dont on dispose, correspondent aux anomalies de certaines tendances cognitives ou comportementales non limitées à des désordres nosologiques spécifiques. Les marqueurs ne sont spécifiques que d’un trait. Les désordres à définir englobent des ensembles de traits, dont aucun n’est pathognomonique et qu’on pourrait rencontrer au sein de plusieurs catégories nosologiques.

L’examen des arbres généalogiques des cas limites révèle un pourcentage élevé de proches parents manifestant des désordres thymiques, une toxicomanie ou un alcoolisme. Cette bonne corrélation semble bien étayer l’hypothèse supposant qu’un sous-groupe important de cas limites thymiques appartiennent au même développement que le groupe maniaco-dépressif. L’hypothèse corollaire est que les “ *gènes de risque* ”

dans les troubles bipolaires jouent un rôle significatif (au moins 50 %) dans l'étiologie du borderline thymique.

Un des marqueurs le plus important en ce qui concerne les cas-limites thymiques concerne la latence du REM (mouvements rapides des yeux). La “*latence*” étant le temps qui s'écoule entre le commencement de sommeil et la première période de REM. On retrouve cet espace temps diminué dans les cas-limites et on note le même temps chez les malades maniaco-dépressifs. En revanche, chez les cas-limites dont les symptômes thymiques ne relèvent que de situations réelles, la latence a une durée normale. Selon B. YEREVANIAN (169), une latence REM réduite pourrait servir comme marqueur de trait et pas seulement d'état, car cette anomalie se manifeste même pendant les périodes d'amélioration symptomatique. Le syndrome de Borderline représente, dans le cas typique, une manifestation du désordre affectif primaire chez des gens qui présentent un risque élevé d'épisodes thymiques importants.

Il existe également, selon CARROLL (33), une épreuve de suppression endogène. En effet, on retrouve chez les malades atteints de dépression majeure, une interruption prématurée des effets suppressifs (au niveau du cortisol) occasionnés par une hormone (la dexaméthasone) administrée de l'extérieur. Ainsi, dans cette étude de 1980 portant sur 86 sujets, 62 % de cas-limites hospitalisés furent “*non freineurs*” (la dexaméthasone n'abaisse pas le niveau de cortisol, au même niveau que chez les patients maniaco-dépressifs). Si le marqueur était idéal, on rencontrerait les anomalies de l'épreuve de freinage à la dexaméthase uniquement chez les cas-limites avec dépression de type endogène. L'épreuve de freinage n'est pas réellement spécifique. GREDEN (65) conclut que les borderlines forment un groupe hétérogène qui manifestent des symptômes thymiques importants. Dans 30 % des cas, on constate un non-abaissement de l'épreuve de freinage à la dexaméthasone, ce qui reflète, une réponse pathophysiologique du système limbique. Par ailleurs, SIEVER (147), estime que l'épreuve positive peut être un marqueur d'une certaine dysrégulation thymique, accompagnée par des irrégularités de neurotransmetteurs ou de neurohormones. Par conséquence, ces malades sont prédisposés à l'instabilité de l'humeur ou des relations intimes, à la colère inappropriée ou à l'incapacité de bien tolérer la solitude. Le comportement des borderlines peut s'expliquer en partie par une inhibition corticale diminuée (à l'égard de la décharge motrice) et dont la conséquence serait des

phénomènes typiques d'impulsivité, de colère, de passage à l'acte et d'agressivité. La vie d'un borderline est toujours en proie à une crise affective. Les réponses réactionnelles sont toujours intenses et exagérées.

Les borderlines ont une tendance à la toxicomanie et à l'abus d'alcool surtout au moment de stress. Les drogues peuvent permettre d'être plus à l'aise, plus calme, plus avenant, ou même très en colère avec de nombreuses émotions refoulées. Grâce aux effets des inhibiteurs des drogues, certains borderlines semblent aller mieux, mais d'autres, dont les symptômes initiaux sont différents, vont plus mal. Ces drogues peuvent agir comme des substances du système nerveux (endorphines) se rapportant aux mécanismes cérébraux de plaisir et de satisfaction. Selon PICKAR (130), une situation d'abandon peut provoquer une sécrétion de béta-endorphine ; la vulnérabilité aux séparations étant très frappante chez les borderlines thymiques. Chez le patient schizoïde, les relations intimes sont très difficiles du fait notamment de leur incapacité au plaisir qui peut être liée à une dysrégulation du système endorphine.

Selon NASH (127), il existe des similitudes entre les cas-limites, les agoraphobes et les malades unipolaires ou bipolaires. Dans ses études sur l'épreuve de freinage à la dexaméthasone et sur la MAO (Momo Amine Oxydase), les résultats sont analogues pour tous les groupes : non freinage et activité diminuée de la MAO. Ces patients souffriraient de "*syndrome subaffectif*" qui coïncide avec les critères de la dépression majeure.

En somme, sur un plan psychobiologique, il existe dans l'hétérogénéité des borderlines, des facteurs hérédito-familiaux qui prédisposent à un désordre thymique ou à un désordre de type schizoïde. Des facteurs organiques (épilepsie du lobe temporal) prennent place dans l'étiologie, tandis que, pour d'autres cas, les facteurs psychologiques dominant (perte prématurée d'un objet, cruauté d'un parent, inceste, abandon...). Dans la plupart des cas, il existe une action réciproque, ou une interaction psychologique et biologique. Parmi les cas thymiques, environ la moitié possède des gènes de risque pour la maladie maniaco-dépressive. L'irritabilité et la colère inappropriée sont fréquentes dans le sous-groupe thymique. Le cas-limite typique serait donc un individu très coléreux et fortement déprimé.

Du point de vue neurophysiologique, le cas-limite thymique manifeste un désordre de la régulation de l'humeur et de l'intensité de réponse aux stimuli. Il comprend les gestes, les mots et les émotions d'autrui mais il exagère ses réactions. Il aspire aux relations intimes sans faire preuve d'assez de stabilité pour les soutenir. Il est donc fréquent que les proches, découragés par l'excès d'orages affectifs, ne parviennent plus à tolérer les oscillations entre haine et adoration et aillent jusqu'à la rupture, entraînant colère, désespoir et tentatives de suicide. Les cas-limites se comportent comme si leur système nerveux réagissait selon le principe du "*tout ou rien*". Ils soutiennent des opinions et des attitudes extrêmes, ils n'apprennent rien des situations positives ou négatives. Si l'acte le plus récent est agréable, alors le borderline tend vers l'adoration, regardant l'objet comme toujours parfait. S'il existe de petits désagréments dans la vie interpersonnelle récente, le borderline tend vers le dénigrement, oubliant d'un coup que l'objet fut habituellement aimable. Les corrélations neurophysiologiques de ce trouble particulier de la mémoire sont encore obscures. Ce trouble contribue à l'atmosphère de crise perpétuelle des patients limites thymiques dans la vie quotidienne. Par ailleurs, les patients présentant des traits affectifs et schizoïdes, sont incapables d'entretenir de bonnes relations avec l'objet, du fait des conséquences de la mauvaise interprétation d'autrui et des réactions excessives. Ils sont plus fréquemment amenés à faire des tentatives de suicide (152,158).

II.6.3. Le point de vue dynamique

Selon les psychobiologistes, la réunion de plusieurs symptômes suffit à établir un diagnostic de dépression mais celui-ci n'inclut pas les différences d'histoires individuelles ayant amené à la dépression.

D'un point de vue psychanalytique, le diagnostic ne se limite pas aux symptômes mais s'élargit aux mécanismes défensifs et au type de transfert. Les malades manifestant des traits dynamiques semblables appartiennent à la même catégorie diagnostique. Selon BOURGEOIS (30), "*les états limites relèvent plus de la clinique psychanalytique que de la clinique psychiatrique, car leur type d'organisation du moi ne permet pas un repérage symptomatique*". Des facteurs extérieurs différents produisent un effet profond sur la qualité des relations objectales, sur l'évolution du traitement et sur le pronostic malgré la similarité des facteurs diagnostiques. La présence d'éléments psychodynamiques "*dépressifs*" (124) (angoisse d'abandon, perte d'objet, solitude) n'entraînent pas forcément de symptômes dépressifs. Il existe de nombreuses

dépressions masquées sous un terrain de toxicomanie, de promiscuité ou de délinquance. Il faut pouvoir rechercher les affects dépressifs ayant conduit à l'utilisation de psychotropes. Cependant, dans de nombreux cas d'états-limites, le dynamisme et les symptômes dépressifs sont concomitants comme une conséquence d'un abandon dans l'enfance.

En effet, selon MAHLER (118), l'état-limite adulte provient d'une intervention défavorable entre mère et enfant occasionnant un arrêt du développement du Moi, à la phase de séparation-individuation. La pulsion vers l'individuation déterminée par la constitution, devient inhibée, si le jeune enfant craint qu'il puisse perdre l'affection de sa mère, s'il "ose" se séparer d'elle. La mère ne supporte pas l'éloignement de l'enfant, parce qu'elle-même est une borderline prédisposée à la dépression si elle se sent abandonnée par son enfant. Dans un tel milieu, l'enfant ressent une angoisse d'abandon et cherche à la détourner en restant près de sa mère, renonçant ainsi à son individualité et à sa maîtrise de soi.

KERNBERG (92) insiste sur le clivage, mécanisme défensif très important, dont le but est de préserver deux états opposés (l'amour et la haine), de bien les séparer comme des compartiments non communiquants de l'esprit, tout en protégeant l'image de la bonne mère. Le borderline ne peut pas prendre conscience des images bonnes et mauvaises en même temps, bien que les limites du Moi soient différenciées, l'intégration du Moi reste faible, en raison de ce clivage.

KERNBERG (92) insiste peu sur l'angoisse d'abandon, et reconnaît l'existence de facteurs constitutionnels ainsi qu'un arrêt du développement affectif. La constitution à l'origine des troubles provient de pulsions agressives orales surdéveloppées ou d'une incapacité constitutionnelle à bien tolérer l'anxiété (153). Ces deux aspects joueraient des rôles définitifs dans l'échec de "*l'internalisation*" des images de valeurs supposées.

Le modèle le plus complet est probablement celui de BERGERET (25), dont la complexité correspond bien à la complexité des origines de la structure limite. Il délimite l'organisation borderline entre la structure psychotique et névrotique, puis il intègre des sous-types dépressifs à l'intérieur de la diversité des états-limites. Tous les types de personnalité coexistent et l'expression caractérielle est forte. Il fait des liens avec la personnalité narcissique, soulignant les blessures et les conflits entre le Moi et

l'idéal du Moi. La dépression, dans ce contexte, est déclenchée par cette blessure narcissique. Selon BERGERET (25), la dépression et l'état limite ont une "*voie commune définitive*", construite sur la perte d'objet prématurée, le rejet, la blessure narcissique. On peut rencontrer une mère frustrante provoquant une angoisse d'abandon, ou une mère gratifiante chargée d'un enfant incapable de tolérer le moindre éloignement.

Les patients borderlines déprimés représentent probablement 50 % de tous les patients ayant une organisation limite (25). Dans ce sous-groupe, on observe souvent une confluence des facteurs biologiques et psychologiques. Les facteurs biologiques sont souvent discrets et nécessitent une attention particulière pour les rechercher. Les facteurs psychologiques peuvent être très différents de la problématique habituelle liée à la séparation-individualisation. Une majorité de borderlines dépressifs ont un excellent pronostic avec un traitement alliant psychothérapie analytique et traitement médicamenteux, le plus souvent antidépresseur. Les patients ne présentant pas de signes endogènes ne nécessitent pas obligatoirement d'un traitement médicamenteux. Il existe cependant des cas où le pronostic est plus sombre notamment lorsque le Moi a été écrasé, parfois de façon irrémédiable, par des facteurs défavorables accablants de natures diverses : biologique, constitutionnelle ou psychologique. Les tendances suicidaires ne sont pas nécessairement dues à des facteurs biologiques mais on retrouve chez certains de ces patients (127) un liquide céphalo-rachidien anormal ou un plasma qui contient des taux anormaux de métabolites des neurotransmetteurs impliqués dans l'étiologie de la maladie maniaco-dépressive (MAO bas, acide S-hydroxyindolacétique bas). Les tendances suicidaires chroniques sont communes chez les cas-limites dépressifs et représentent une indication d'un traitement à long terme associé souvent à une hospitalisation.

Des influences psychologiques autres ou des problèmes de séparation issus de mauvais "*soins maternels*" peuvent contribuer, de manière significative, à la dépression limite. Certains modes d'interaction peuvent donner lieu à des distorsions de l'attitude envers soi-même et autrui qui apparaissent comme quasi inébranlables. Une relation incestueuse prolongée avec le père, par exemple, peut conduire, irrémédiablement, à un schéma de grave clivage (idéalisation ou mépris) dans les relations aux hommes. La crainte de l'abandon combinée à une méfiance extrême peut

donner lieu à des formes de jalousie intense et pathologique. Il se peut que l'expérience vécue laisse des traces très ambivalentes dans la mémoire beaucoup plus graves et profondes que dans le fantasme.

La victime d'inceste a souvent appris, tôt dans l'enfance, à passer à l'acte (fantasme sexuel) plutôt qu'à les contrôler.

À travers ce chapitre consacré au concept de dépression limite, nous avons pu repérer les éléments nosographiques spécifiques et la réalité des tendances suicidaires. La “*dépression narcissique*” et la “*dépression essentielle*” représentent deux formes cliniques proches de la “*dépression limite*”. À travers des concepts plus récents, nous avons pu intégrer à l'étude psychodynamique des notions biologiques. Le cas clinique de Madame B. permet une illustration de la dépressivité, des conduites suicidaires au sein d'une histoire clinique évoquant une organisation limite de la personnalité.

III. CAS CLINIQUE :
UNE ILLUSTRATION DE LA
DÉPRESSIVITÉ CHEZ
L'ÉTAT LIMITE

Madame B. est une jeune femme de 25 ans, mariée depuis quelques mois, sans profession. Elle est hospitalisée, pour la troisième fois en deux ans, suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire.

Lors de ce premier entretien, la présentation de Madame B. révèle une immaturité importante de par la présence de nombreux gadgets qui évoquent l'enfance. Elle tient également dans sa main une très vieille peluche en lambeaux qui reste logée sur son bas ventre.

Son visage reste néanmoins fermé, inexpressif, réticent, contrastant avec une attitude désinvolte et provocatrice.

Sa tenue vestimentaire est constituée d'habits amples, sportifs, confortables, négligés rehaussés d'accessoires sophistiqués.

Sa présentation spontanée traduit des difficultés d'adaptation à une classe identificatoire bien établie.

Le contact est d'emblée défensif avec une subagressivité en réponse aux tentatives de construction de la relation. Ces écarts dans la relation évoquent ceux d'un animal craintif et apeuré lorsqu'un étranger se rapproche. La mise en confiance s'avère difficile et nécessite une attitude rassurante non intrusive. Le discours est peu spontané. La patiente se contente de réponses laconiques, très fermées. Progressivement, le contact s'établit, le regard cherche l'interlocuteur et devient moins fuyant à la sollicitation.

À l'évocation du récent passage à l'acte suicidaire, Madame B. fait part de difficultés avec son mari. En effet, elle est mariée depuis 7 mois, et connaît cet homme depuis environ un an. À ce jour, la relation est difficile, oscillant entre des périodes de proximité extrême et des périodes de rejet massif et violent.

Ces fluctuations sont induites par la patiente. Lors des périodes de rapprochement, ils sont "*collés*" l'un à l'autre ; tout espace provoqué par son mari est anxiogène et insupportable. Elle dit ne faire qu' "*un*" avec lui, constituer "*les deux moitiés d'un seul être*". Elle se "*voit en lui*", et "*existe à travers ses yeux*". Pendant ces périodes,

Madame B. refuse de sortir, empêche son mari d'aller travailler et de rencontrer d'autres gens. L'existence d'un tiers auquel son mari pourrait donner de l'importance est vécue de façon très douloureuse comme une "*amputation de son espace*". Soudainement, après quelques jours de relation fusionnelle vécue comme idyllique, Madame B. ressent, de manière répétitive et sans facteur déclenchant authentifié, une violente répulsion à l'égard de son mari. Elle vit cette proximité comme une intrusion, un "*viol*" de son intégrité. Elle repousse alors son mari, sans comprendre ni parvenir à lui expliquer ce changement. Par la suite s'installe une période de repli, de tristesse, d'incompréhension intense qui aboutit à des épisodes d'automutilations ou de tentatives de suicide. Selon Madame B., l'automutilation vient "*rompre*" avec un fonctionnement et permet de retrouver une place dans la réalité.

L'ensemble de ses relations proches, amicales ou amoureuses, ont toujours évolué sur ce même mode ambivalent, alternant successivement le "*bon*" puis le "*mauvais*" objet. De nombreuses ruptures marquées d'une grande instabilité ont caractérisé l'adolescence jusqu'au mariage. La rencontre avec cet homme s'est faite de manière provoquée suite à une recherche active sur un réseau informatique. Les critères de sélection étaient : l'âge supérieur à 40 ans, l'absence d'enfant et la volonté de se marier rapidement. Quelques mois de vie commune, sans investissement affectif particulier ni sans exigences, ont abouti à un mariage également peu investi. Cette volonté de se marier, émane, selon Madame B., d'une peur intense de vivre seule et du désir de construire une famille. Bien qu'elle affirme ne pas aimer cet homme, elle se dit incapable de s'en séparer tant se projeter seule dans l'avenir lui paraît impossible. Le récent passage à l'acte suicidaire fait suite à une dispute provoquée par la patiente pour se "*décoller*" de son mari qui a menacé de la quitter.

Lors de l'évocation de son enfance, elle se replie de nouveau, se défend et hurle "*on ne m'a jamais aimé comme je voulais*". Après quelques tentatives détournées, elle parvient à contenir ses émotions et explique qu'elle a toujours été rejetée dans sa famille. Sa mère, décrite comme fragile, instable, est présentée comme une personne s'intéressant très peu à ce qui se passe autour d'elle. Aussi, sous des apparences de femme très bavarde, elle communiquerait finalement assez peu avec les autres, surtout avec sa fille. Madame B. n'a d'ailleurs vécu avec sa mère que par périodes entrecoupées de longues séparations. Ses parents se sont mariés peu de temps après la naissance de

leur premier enfant, contre le gré de la famille paternelle qui était d'origine bourgeoise et supportait mal les conditions de ce mariage. Cinq ans plus tard, sans réel désir de grossesse, la mère s'est retrouvée enceinte de la patiente. Trois mois après le début de cette grossesse, le père a décidé de divorcer pour vivre avec une compagne. Les menaces suicidaires de la mère et la culpabilité induite par la grossesse ont obligé le père à différer son départ après l'accouchement et à faire une reconnaissance de paternité. Madame B. se considère comme l'enfant de la séparation “ *c'est à cause de moi que mon père est parti et que ma mère est malheureuse* ”.

Comme sa mère, fortement déprimée par cette séparation, ne pouvait plus subvenir à ses besoins, elle a été confiée à sa grand-mère maternelle à l'âge de 4 mois. Les conditions de vie permettaient un épanouissement dans un environnement calme et serein.

Quatre années plus tard, le père, qui vivait à 800 kilomètres, a appris que sa fille habitait chez sa grand-mère ; il a alors exigé et obtenu auprès du juge la garde exclusive de sa fille. Madame B. s'est alors vue privée de tous liens avec sa grand-mère et sa mère, qui lui rendaient visite tous les jours. Les conditions de vie étaient difficiles dans la famille de son père. Dans ce milieu bourgeois, Madame B. bénéficiait d'une éducation rigoureuse très stricte. La patiente était, de plus, confrontée à sa belle-mère et à leur enfant “ *quasi jumelle* ” puisque sa demi-soeur lui était cadette de deux mois seulement. Madame B., alors âgée de 4-5 ans, se souvient de la jalousie éprouvée envers cette “ *soeur étrangère* ” qui, elle, n'avait jamais été privée de ses parents. Les relations avec sa belle-mère étaient toujours très tendues, mélangeant culpabilité et haine réciproque.

Après trois ans de vie difficile dans ce foyer où Madame B. n'avait même pas de chambre à elle, le père décida de divorcer pour la deuxième fois. La patiente, encombrant les velléités de liberté de son père, a donc été renvoyée à sa mère sans autres mots que “ *je n'en veux plus !* ”.

À l'âge de 8 ans, elle se trouve de nouveau projetée dans une “ *nouvelle famille* ” avec un frère âgé de 13 ans qui s'est bien habitué à vivre seul avec sa mère. Après quelques mois, elle fait la démarche seule de demander d'être hébergée de nouveau chez sa grand-mère. Cette femme est le seul élément stable et solide. La nostalgie de ses années passées, avant toutes ces ruptures, empêche Madame B. d'investir une nouvelle vie avec sa grand-mère qui est devenue plus âgée et moins patiente.

Progressivement, à l'entrée au collège, elle se replie, se renferme sur elle, tout en conservant une efficacité scolaire acceptable. Voyant ce changement de comportement chez cette enfant toujours battante et joviale en apparence, sa mère décide de la reprendre. Mais en vain, elle ne cesse de pleurer et de demander un retour chez sa grand-mère. En effet, Madame B. supporte mal les longues périodes de séparation avec sa grand-mère. “ *On était faite pour vivre ensemble* ”.

Vers l'âge de 14 ans, à l'entrée dans l'adolescence, elle s'associe à un groupe de “ *marginiaux* ” dénigrés jusqu'alors parce qu'elle les trouvait ridicules et faussement solides. Elle se fait apprécier par les membres de ce groupe, qu'elle charme et manipule avec grande aisance. Elle devient progressivement le leader, en mettant en avant son parcours de vie difficile et sa connaissance meilleure de la “ *vraie souffrance* ”. Des jeux initiatiques dangereux comme le “ *jeu du foulard* ”, des conduites de scooter dangereuses, des prises de substances et des pratiques sexuelles libertines deviennent le quotidien de ce groupe d'adolescents. Madame B., fière de cette appartenance, navigue en plein déni de ces conduites dangereuses. À l'intérieur de ce groupe, elle tisse des liens très forts et très instables ; chaque relation avec un garçon ou une fille est vécue comme un “ *coup de foudre* ” très violent avec des liens d'extrême dépendance ponctués de rejets massifs et non anticipés. Après chaque “ *rupture* ”, Madame B. ressent un fort sentiment de solitude et se sent soudainement abandonné de ce groupe. Ce vécu abandonnique est insupportable de par la passivité qu'il induit. Pour parvenir à se rendre active et à maîtriser ces périodes de rupture, elle “ *démissionne de son rôle de leader* ” et se replie pendant de longues semaines sans voir personne. Pendant ces périodes d'isolement, elle se réfugie dans les bras de sa grand-mère en pleurs, incapable de parler de son mal être. De nombreuses automutilations des membres et du ventre permettent une diminution du sentiment de vide chronique et une disparition momentanée du vécu angoissant. Ces automutilations sont pratiquées seule, à l'aide d'un cutter ou d'un rasoir ; elles viennent interrompre d'insoutenables périodes d'angoisse qui entraînent, chez cette patiente, des impressions de dissociation. En effet, elle ressent la présence de deux personnages, l'un blanc, bon et vivant et l'autre noir, mauvais qui induit des vellétés suicidaires. La lutte permanente entre ces deux “ *moitiés* ” prend parfois, en cas d'angoisse massive, l'allure d'un processus délirant de thème manichéen. L'automutilation est pratiquée avec froideur, détachement ; la présence de la douleur physique permet “ *la réintégration de l'âme dans le corps* ”. Pour la patiente, le corps est le mauvais objet qu'il faut saigner pour assainir. Pendant

ces années d'adolescence, la patiente décrivait également de fréquentes velléités suicidaires qui venaient combler un sentiment de vide. La perspective d'une solution extrême, radicale pouvant soulager son "*mal être*" était rassurante.

Il n'y a eu aucun passage à l'acte jusqu'à l'âge de 23 ans, date à laquelle sa grand-mère maternelle est décédée. Cette événement et cette période furent extrêmement difficiles. Madame B. s'est alors sentie définitivement abandonnée. Ce décès, malgré l'espoir de Madame B., n'a pas permis un rapprochement avec sa mère ou son frère. Une tentative de suicide grave est alors survenue comme ultime possibilité échappatoire. La patiente a été retrouvée avec les habits de sa grand-mère dans le lit de cette dernière.

Depuis le décès de sa grand-mère, il y a 2 ans, elle a tenté de prendre un appartement sur le même pallier que celui de sa mère ; ne parvenant pas à l'investir, elle passait son temps avec sa mère au sein d'une relation extrêmement conflictuelle, truffée de reproches.

La deuxième tentative de suicide survient un an après la première. Le scénario suicidaire est alors une tentative de pendaison. La cicatrice de la strangulation a, selon la patiente, permis de stigmatiser, par une marque sur le corps, l'anniversaire du décès de sa grand-mère. La patiente s'enferme dans une problématique de deuil pathologique. Elle est dans le déni du décès de sa grand-mère qui fait figure d'idéal féminin. Elle cherche à travers des relations diverses, une femme âgée qui viendrait combler ce manque qu'elle se refuse d'admettre. "*Je dois souffrir toute ma vie, être heureuse voudrait dire que je l'oublie*". La rencontre avec cet homme vient, comme le dit la patiente "*colmater artificiellement les brèches*". "*Je ne lui donne rien, je n'attends rien de lui pour ne pas être déçue*". Il est cependant investi comme un repère relativement stable et peu toxique. Toute tentative d'éloignement de sa part est très mal vécue et entraîne des passages à l'acte suicidaires. En effet, la veille de son hospitalisation, le mari de Madame B. lui annonce qu'il a trouvé un emploi et va devoir, pour cela, partir en stage de formation pendant un mois à mille kilomètres de leur domicile. L'éloignement ne lui permettra pas de rentrer à la maison pendant quatre semaines. La patiente explique que la perspective de cette "*déchirure*" est insupportable et que cette annonce a été reçue par elle comme un abandon. "*Si il peut se passer de moi un mois, c'est qu'il ne m'aime pas et qu'il peut se passer définitivement de moi*". De plus c'est elle qui, quelques mois avant, avait insisté auprès

de son mari pour qu'il recherche du travail. En effet, le couple se trouve dans une situation financière précaire.

Sur le plan de ses études, Madame B., après ses classes de collège effectuées sans difficultés, s'est mise en échec scolaire et a été orientée en C.A.P. de vente. Une grande instabilité lui a permis d'échapper à un destin professionnel fixe. Elle n'a aujourd'hui aucune qualification et a accumulé des emplois précaires, sous qualifiés pour une jeune femme de son intelligence. Elle est actuellement sans emploi, depuis un an, date de rencontre avec son futur mari.

Au premier jour de son hospitalisation, Madame B. présente des signes évoquant un état dépressif caractérisé. En effet, elle est amaigrie, fatiguée par des troubles du sommeil de type mixte. Son quotidien se résume à de longues périodes de repli : elle reste immobile sur un fauteuil sans être capable d'effectuer quelconque tâche ménagère. Elle est anhédonique, aboulique et n'éprouve plus aucun plaisir dans les activités proposées par son mari. Elle est également très angoissée, décrit des crises survenant sans contexte particulier, pendant lesquelles elle éprouve une impuissance et une forte culpabilité par rapport à son état.

Son hospitalisation a permis la mise en route d'un traitement antidépresseur permettant ainsi une amélioration relativement rapide (trois semaines) des signes physiques de la dépression. Pendant son séjour, elle a également pu commencer un travail de psychothérapie de soutien. Nous avons établi, avec la patiente et son entourage, un projet thérapeutique adapté. Le traitement pharmacologique est poursuivi par le médecin généraliste. Un travail de psychothérapie est envisagé auprès d'un psychiatre libéral. Pour permettre une transition à ce projet, nous proposons un suivi dans notre service permettant de combler le délai de la première consultation. Dès la deuxième consultation, Madame B. ne s'est pas présentée et n'a formulé aucune explication.

Nous avons été ainsi confrontés à une rupture thérapeutique, très fréquente chez ces patients lors de l'amélioration symptomatique. Ces ruptures assombrissent le pronostic en ne permettant pas l'élaboration d'un projet commun, meilleur garant de la continuité des soins.

IV. LES ORIENTATIONS
THÉRAPEUTIQUES

IV.1. LA PHARMACOTHÉRAPIE

IV.1.1. La conception d'AKISKAL

La conception d'AKISKAL est celle qui est la plus compatible avec un traitement purement pharmacologique du trouble limite. Il estime (7,9) que les neuroleptiques à faible dose devraient être prescrits lorsque le trouble limite s'accompagne du trouble de la personnalité schizotypique. Il rapporte également des études qui indiquent que les antidépresseurs tricycliques pourraient améliorer la symptomatologie des états-limites souffrant aussi d'un trouble panique ou d'un trouble dépressif unipolaire. Enfin, il mentionne que le lithium pourrait être efficace pour stabiliser l'humeur des sujets souffrant de caractéristiques comorbides qui appartiennent au domaine bipolaire. Dans ce cas précis, l'inefficacité de *l'amitriptyline* (Antidépresseur tricyclique) sur les symptômes des états-limites suggère une parenté évidente avec les troubles de l'humeur non classiques, tels que : troubles dysthymiques, dépressifs atypiques, cyclothymiques, bipolaires mixtes et à cycles rapides. En effet, il pense que les états ne s'améliorent pas et vont même jusqu'à se détériorer lorsqu'ils sont traités avec des antidépresseurs en monothérapie. Par ailleurs, AKISKAL (7) préconise l'usage de la stabilisation, à long terme, de l'humeur par le lithium. Il rapporte certains cas où cette pharmacothérapie a amené les patients états-limites à un niveau de stabilité du Moi non atteint auparavant, quel que soit le traitement conduit.

Il pense que, dans le cas où la pharmacothérapie ne donne pas les résultats escomptés, on est face à des sujets dont le traitement antérieur mal adapté a entraîné des " cassures " irréversibles de la personnalité. Cela rend impossible toute mobilisation en vue d'une amélioration clinique. Il insiste donc sur l'importance d'une intervention pharmacologique spécifique, énergique et précoce, auprès des enfants et adolescents présentant des " troubles des conduites ", de façon à prévenir les distorsions de la personnalité qui risquent de se produire après l'installation d'un trouble de l'humeur.

En conclusion, AKISKAL semble un peu restrictif dans sa théorie, allant jusqu'à parler d'exception lorsque les observations vont à l'encontre de sa théorie. Il considère ces observations comme le résultat de mauvais traitements antérieurs. Sa conception, reçoit l'appui de SOLOFF (149) qui rapporte comme résultats que : le lithium et la carbamazépine peuvent être efficaces pour traiter l'humeur labile et réduire l'impulsivité comportementale des états-limites.

En effet, il pense que le carbonate de lithium peut agir sur une dimension de personnalité responsable de la labilité émotionnelle. Il précise que l'effet se produit indépendamment du contenu du syndrome, puisque le lithium réduit également les manifestations affectives chez les sujets normaux. Par ailleurs SOLOFF (149), PHILLIPS et GUNDERSON (129) avancent que les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine semblent être des agents pharmacologiques qui agissent le mieux, à court terme, sur l'ensemble des symptômes états-limites, y compris sur les symptômes affectifs.

IV.1.2. Les différentes classes pharmacologiques utilisées

Bien que le rôle de la chimiothérapie reste controversé dans la prise en charge du patient structuré sur un mode limite, seul un très faible nombre de patients n'en bénéficient pas ! Il existe une discordance entre la variété des symptômes présentés par le sujet limite et le peu de données fiables concernant les essais thérapeutiques sur ces mêmes patients. L'effet du placebo semble être particulièrement prononcé dans ce type de pathologie. Ceci s'accorde d'ailleurs très bien avec l'aspect labile des symptômes et leur grande dépendance à l'environnement. Il est, dès lors, logique que l'atmosphère de soutien passif qui accompagne traditionnellement les essais thérapeutiques ait pu jouer un rôle dans l'apparition d'un effet placebo.

IV.1.2.1 Les antidépresseurs

Il y a une trentaine d'années, les IMAO (150) se sont montrés efficaces dans l'abrasion de l'instabilité de l'humeur. Leur prescription a été réservée aux formes les plus affectives d'états-limites. L'étude de COCCARO (40) fait l'hypothèse d'un lien biologique étroit entre personnalité limite et dépression. Elle s'intéresse à la Sérotonine, et rapporte des taux abaissés de 5 HIAA dans le LCR, ainsi qu'une réponse à la Prolactine sérique émoussée (test à la Fenfluramine).

Ainsi, de cette hypothèse, on évoque que le dyscontrôle comportemental chez les patients limites, sous-tendu par une déficience sérotoninergique constituerait le trait organisateur de la personnalité borderline avec pour traduction clinique l'impulsivité et la tendance à l'agressivité. Ce trait se trouverait au sein des caractéristiques sémiologiques de l'état dépressif du sujet sous la forme du sentiment de rage, la tendance au passage à l'acte suicidaire, l'hostilité dans la revendication affective.

Ainsi, l'effet antidépresseur des sérotoninergiques dans les personnalités borderline montre une efficacité globale sur la symptomatologie dépressive mais plus spécifiquement sur les symptômes impulsifs associés (136).

Par ailleurs, l'utilisation des antidépresseurs tricycliques semble peu adaptée chez ces patients. En effet, leur efficacité est fluctuante et peu spécifique et leur prescription est dangereuse du fait du potentiel suicidaire de ces patients.

Aucun élément ne permet de trancher concernant la durée de la prescription (11). La durée d'un traitement doit se faire en rapport avec l'évolution de la symptomatologie et aucune étude n'a permis de montrer une efficacité préventive de la prescription au long cours des antidépresseurs. On remarque par ailleurs l'inobservance des règles du traitement chez ces patients particulièrement instables. De plus, les observations au long cours de ces patients, montrent une évolution favorable après une quinzaine d'années, quelle que soit la thérapeutique utilisée.

IV.1.2.2. Les thymorégulateurs

Les autres résultats (42) confirment ceux d'AKISKAL en préconisant l'utilisation du Lithium en présence de fluctuations thymiques importantes du patient et l'existence de facteurs familiaux de bipolarité.

L'efficacité des thymorégulateurs, dans ce cadre de prescription est, comme pour les IRS, plus prononcée sur les symptômes impulsifs que sur les symptômes affectifs.

IV.1.2.3. Les neuroleptiques

Les neuroleptiques (*Halopéridol*) à faibles doses, ont un effet bénéfique modeste. Ils ne se limitent pas aux seuls symptômes psychotiques, mais ont une efficacité sur les symptômes purement affectifs.

En revanche, l'utilisation à visée uniquement antipsychotique ne semble pas apporter de bénéfice notable. En effet, leur prescription à des posologies plus élevées, entraîne l'apparition d'effets secondaires souvent vécus sur un mode intrusif et persécutif.

IV.1.2.4. Les benzodiazépines

La prescription de molécules à visée anxiolytique est souvent nécessaire, voire indispensable dans un cadre très aigu de décompensation thymique. La durée de cette prescription doit toujours être ponctuelle, d'une part pour rester efficace et d'autre part pour éviter l'installation très rapide d'une toxicomanie médicamenteuse, chez ces patients dont le potentiel addictif est important.

IV.2. LE TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

IV.2.1. La conception française

À notre époque, il est particulièrement difficile d'établir des imagos maternelles et paternelles assez nets, chez l'enfant du fait de l'estompage de la différence des sexes opéré dans l'évolution de notre socio-culture. Chez le patient névrosé, il est nécessaire de rectifier les représentations imaginaires les plus angoissantes en modifiant le fonctionnement de cet imaginaire conflictualisé mais non entravé. Dans les états-limites, il existe une carence "*quantitative*" de fonctionnement de cet imaginaire plutôt qu'un dysfonctionnement "*qualitatif*". L'état-limite dépressif perçoit assez rapidement la différence de capacité d'utilisations des inscriptions symboliques comparée à celle du thérapeute. Il semble inutile (24) de prétendre leur injecter de l'extérieur des représentations imaginaires "*meilleures*".

Le seul service, mais non le moindre, qui puisse être rendu à de tels patients est de ne pas chercher à plaquer sur leur avide adhésivité les propres dessins imaginaires du thérapeute. Il s'agit vraiment de représenter pour ces patients un espace de "*neutralité bienveillante*". Dans cet espace, les petits rameaux imaginaires oedipiens, qui dépassent du niveau symbolique, vont pouvoir se développer de façon originale et personnalisée. Ce mouvement ne peut se faire que grâce à l'étayage, opéré par le thérapeute, des défenses trop inhibantes, et grâce à l'analyse des terreurs résultant de la non-intégration des représentations liées à l'instinct violent primitif.

Il est nécessaire (24) de rester vigilant sur les trop évidentes prétentions oedipiennes génitales et triangulaires du discours, qui sont mises en avant par les patients dépressifs limites. Il s'agit d'un leurre défensif et d'un déplacement des conflits véritables trop difficiles à aborder directement. Il est prudent également d'analyser la

persistance d'une composante primitive violente demeurée latente, non intégrée, cherchant encore une voie d'utilisation relationnelle.

Il est inutile (24) de chercher à jouer au “ *bon apôtre* ”, de se déclarer permissif à l'égard d'une agressivité, inévitable conséquence de l'ambivalence affective.

Une première étape (24) de la thérapie consiste en l'analyse du matériel imaginaire en soulignant la nature non-agressive de la violence sous-jacente, sans sous-estimer l'importance dynamique de cette violence pour le sujet. Il faut permettre au patient de reconnaître que ce qu'il redoute de sa violence n'est pas dirigé contre un objet précis, qu'il n'a aucune intention formelle de nuire à autrui, qu'il ne trouve aucun plaisir, aucune satisfaction “ *perverse* ” dans son attitude. Cette attitude est dictée avant tout par un besoin de se défendre qui paraît absolument obligatoire pour survivre. Cette nécessité repose sur une terrible angoisse d'être menacé par les “ *adultes* ”, les “ *forts* ”. Il convient de rendre le sujet conscient du fait que depuis sa toute petite enfance, il a considéré les personnages parentaux, sous toutes leurs formes, comme eux-mêmes en proie à une angoisse symétrique (angoisse que le sujet les tue).

Cette interprétation doit être conduite (24) progressivement, avec patience, nuance mais insistance, sans dénoncer comme fallacieux les leurres pseudo-génitaux présentés. Ces leurres contiennent cependant des vérités imaginaires profondes qui auront un intérêt à être repris ultérieurement. Le sujet n'ayant plus peur, ni honte de sa violence, aura découvert l'intérêt de placer ce dynamisme violent au service des buts créatifs sans que le sujet ni l'objet ne se voient menacés l'un par l'autre. Cette violence ne sera alors plus réprimée en lui, mais simplement intégrée à l'ensemble des activités positives de la personnalité.

Une fois la violence primitive située à son registre naturel et utilisable, il s'agit de permettre au patient de prendre conscience des formations imaginaires qui vont oeuvrer à cette intégration et à cette utilisation. Ces formations imaginaires libidinales n'ont pas été refoulées chez le dépressif-limite, mais sont plutôt objet d'inhibitions. Le Moi n'a jamais pu s'enrichir de ces représentations et organiser des synthèses mentales sous le primat du génital. L'idéal du Moi, trop “ *grandiose* ” n'a proposé encore que des utilisations “ *héroïques* ” de la violence de manière à tenter de la dévier, faute de parvenir à l'intégrer. Le Surmoi, quant à lui, est demeuré à l'état rudimentaire, faute d'une intériorisation effective de fonctions originales de jugements ; fonctions

conformes, à la fois, à la réalité du moment et à l'intérêt profond de l'objet et du sujet, indépendamment de la pression exercée par l'environnement.

La meilleure façon d'aider le patient à surmonter les carences de l'ensemble de ses fonctions moiïques n'est pas d'encourager la relation de dépendance proposée jusque là comme défense contre l'angoisse d'abandon. Cette attitude constitue un essai de secondarisation de l'angoisse ressentie à l'encontre des fantasmes violents primitifs, c'est-à-dire un essai de conjurer la violence par une sorte de "*corps à corps*" destiné à éviter la lutte. L'angoisse de "*perte*" d'objet n'est pas seulement une peur de l'éloignement de l'objet mais la crainte aussi que la propre violence du sujet n'entraîne la perte la plus radicale, c'est-à-dire la mort, de l'objet. Il est donc nécessaire, pour renforcer la personnalité du patient dépressif, de se tenir à une certaine distance de celui-ci, d'accepter les réveils d'attitudes violentes sans que cela ne réveille notre propre violence, donc sans laisser se développer un contre-transfert angoissé ou méprisant. Il y a lieu, au bout d'un temps suffisant d'analyse, de commencer à s'intéresser à la prise en compte des minuscules émergences dans le transfert des inscriptions de nature libidinale jusque là demeurées inactives, en dehors de leurs fonctions purement défensives. Il ne s'agit pas d'aller exciter le patient sur le registre des représentations génitales. Ceci entraînerait une augmentation des réactions de retrait devant l'émergence de la problématique libidinale. Il est nécessaire de favoriser le développement, dans l'imaginaire propre du patient, de la certitude que notre propre imaginaire est à même de jouer le rôle d'un contenant serein, tout préparé à recevoir des développements fantasmatiques libidinaux et objectalisés.

Le principal problème à résoudre dans le traitement n'est pas d'ordre conflictuel et encore moins d'ordre conflictuel génitalisé. Il faut, avant tout, remédier aux conséquences d'une défaillance, d'une lacune, d'un retard du développement imaginaire en direction de buts libidinaux qui devraient opérer comme organisateurs de l'ensemble de la personnalité. Il convient, avant tout, d'aider le patient à pallier cette insuffisance des fonctions imaginaires qui résulte d'une carence grave des identifications sexuelles, donc secondaires, avec en contre partie, un renforcement des représentations identificatoires primaires essentiellement narcissiques. Il s'agit donc de représentations essentiellement violentes.

L'attitude thérapeutique la plus efficiente résulte d'une possibilité de réaliser, enfin, les formes les plus utilisables d'identifications. Selon BERGERET (24), le traitement des dépressions de type " *limite* " s'apparente fortement au traitement des adolescents particulièrement bloqués dans une impasse identificatoire.

IV.2.2. Les conceptions américaines

Exception faite des directives de KERNBERG quant au traitement pharmacologique de la dépression majeure comorbide " *non caractérielle* ", AKISKAL et GUNDERSON ne préconisent aucune modification du traitement psychothérapeutique de l'état-limite. Cependant, les résultats tendent à démontrer que le traitement pharmacothérapeutique de la dépression est compliqué par la présence d'un trouble de la personnalité sous-jacent. Cela entraînerait une moins grande efficacité thérapeutique (46,146). De ces études, il ressort que le trouble de personnalité état-limite se trouve, habituellement, parmi ceux qui entravent le plus l'amélioration des symptômes de la dépression. Peu d'écrits théoriques ont été publiés en rapport avec l'influence spécifique d'une dépression majeure sur les aspects psychothérapeutiques relatifs au traitement des états-limites (146). D'autres observations suggèrent que la dépression pourrait paradoxalement améliorer le pronostic des troubles de la personnalité état-limite et antisocial (131).

Cependant, WOODY (168), dans une étude publiée en 1985, va à l'encontre de l'idée généralement admise que le double diagnostic entraîne une moins grande efficacité du traitement.

SHEA (146), dans une étude, font l'hypothèse que la dépression comorbide pourrait aider le patient état-limite à respecter les consignes du traitement et à modifier les comportements qui contribuent à ses difficultés.

KERNBERG (98,99) offre deux autres arguments qui tendent à démontrer que la présence d'un certain type de dépression peut améliorer le pronostic du trouble état-limite. Le premier concerne l'importance des aspects développementaux dans la dépression. KERNBERG (99) décrit certains patients états-limites dont la structure de caractère présente des éléments sadomasochistes ou dépressifs-masochistes et dont les comportements suicidaires sont l'expression d'une culpabilité inconsciente. Ces patients auraient donc atteint un niveau de fonctionnement surmoïque plus élevé et souffriraient d'épisodes dépressifs plus durables et plus graves que l'ensemble des états-limites. Le

second argument de KERNBERG (98) concerne l'évolution qualitative des aspects transférentiels au cours de la thérapie. Pour expliquer ces changements, il s'appuie sur le processus de formation des différentes couches du Surmoi (89). Dans le cas des états-limites, où une agressivité excessive prédomine pendant la petite enfance, la première couche des précurseurs du Surmoi (à partir des persécuteurs) exercerait une influence durable sur le fonctionnement psychique et empêcherait dans une certaine mesure la formation des précurseurs idéalisés et des précurseurs plus réalistes de la troisième couche.

Pour KERNBERG, un des buts de la thérapie est de favoriser l'émergence des deuxième et troisième couches du Surmoi. Pour cette raison, le début de la thérapie est souvent marqué par un transfert psychopathique typique des précurseurs agressifs et persécuteurs ; elle est caractérisée par la manipulation, le mensonge, la rétention d'informations. Une fois cette étape traversée, l'émergence des précurseurs idéalisés entraîne la prépondérance d'un transfert paranoïde. Enfin, en fonction du travail psychothérapeutique, les précurseurs plus réalistes de la troisième couche émergent à l'intérieur d'un transfert dépressif.

IV.3. LE TRAITEMENT COMBINÉ

Les conceptions de GUNDERSON (80) et de KERNBERG (99) sont les plus compatibles avec l'idée d'un traitement qui combine : pharmacologie et psychothérapie ; l'une venant traiter la dépression majeure et l'autre le trouble état-limite.

GUNDERSON (80) considère qu'il existe une différence qualitative entre la dépression caractérielle liée à un trouble de personnalité état-limite et la dépression majeure liée à un trouble de l'humeur. Ainsi, lorsqu'un individu présente simultanément les symptômes associés à un trouble de l'humeur et à un trouble état-limite, GUNDERSON exige d'établir la source de l'état dépressif.

Lorsqu'on est en présence d'une dépression liée à un trouble de l'humeur où dominant des symptômes mélancolique-végétatifs, GUNDERSON suggère l'utilisation des agents pharmacologiques habituellement prescrits dans ce cas (79). Si les symptômes dépressifs sont liés au trouble de personnalité, il reconnaît, certes, que le patient peut répondre favorablement et de façon occasionnelle aux antidépresseurs (83). Cependant, comme le font remarquer COWDRY et GARNER (42), la médication

devrait être perçue comme une modalité additionnelle de traitement, associée à des bénéfices limités, plutôt qu'en tant que traitement primaire. GUNDERSON souligne, par ailleurs, le risque de dyskinésie tardive (neuroleptique), l'accroissement des pertes de contrôle (*alprazolam*) et autres effets secondaires qui laissent présager que la médication n'est bénéfique que pour certains individus précautionneusement sélectionnés (80).

Étant donné les limites du traitement pharmacologique, GUNDERSON suggère de lui adjoindre un traitement “*psychosocial*” ciblant directement les aspects centraux et fondamentaux du trouble de la personnalité état-limite (81). Concernant la psychothérapie individuelle, il suggère un traitement qui vise à établir une “*introjection réconfortante*” chez l'état-limite (impression internalisée d'être pris en charge), de sorte que celui-ci voit son intolérance à la solitude réduite (82,85). En effet, l'auteur considère que le trouble résulte en grande partie d'un attachement insécure aux parents (85). Ce lien pathologique proviendrait soit d'événements traumatiques tels l'abus sexuel, l'abandon et la désertion, soit de microtraumatismes prolongés tels la négligence affective, l'humiliation et la mauvaise attribution du blâme (84). Selon GUNDERSON, l'intervention psychothérapeutique vise à changer les comportements mal adaptés de l'état-limite en réponse aux séparations de la première année. Toutefois, il estime que l'internalisation d'une relation visant à corriger cet attachement insécure prend beaucoup de temps et ne commence à se produire qu'après quatre ans de psychothérapie.

Malgré ses écrits sur le lien entre la dépression majeure et le trouble limite, GUNDERSON reste très discret quant aux implications spécifiques de la dépression sur le traitement combiné des états-limites. Il suggère l'emploi d'antidépresseurs lors de la présence de symptômes dépressifs d'ordre mélancolique-végétatif, mais souligne les dangers associés à l'emploi de deux modalités thérapeutiques différentes dans le traitement des états-limites (78). Il recommande l'administration de chaque modalité de traitement par un thérapeute différent, les dangers sont donc de deux ordres : d'une part, il craint l'apparition d'un transfert négatif du patient envers l'un ou l'autre des intervenants et d'autre part, il rapporte la possibilité que l'un ou l'autre des intervenants tombe dans un contre transfert négatif, suite au discrédit exercé par le patient.

KERNBERG (97) de son côté, part de l'hypothèse que la dépression majeure est indépendante du trouble état-limite. En effet, il précise que la présence d'une dépression majeure, ou assez grave pour entraîner des symptômes importants, peut interférer significativement avec le fonctionnement psychologique de l'état-limite, ralentissant sa pensée et réduisant sa disponibilité verbale et émotionnelle. Pour permettre à l'individu souffrant de dépression de poursuivre une psychothérapie, il propose d'utiliser, de façon concomitante une intervention pharmacologique. Il suggère de débiter le traitement par un antidépresseur tricyclique, sachant que les symptômes doivent avoir diminué en moins de 6 mois. Dans le cas contraire, soit la dépression est tellement grave qu'elle doit être traitée par électroconvulsivothérapie, soit elle est typique d'une dépression "*caractérielle*" chronique, et alors toute médication doit être abolie au profit d'un traitement uniquement selon modalité psychothérapeutique.

En effet, en plus des dangers liés aux effets secondaires et à l'abus de médicaments lors de tentatives suicidaires, KERNBERG insiste sur le fait que l'action pharmacologique a tendance à interférer avec l'expérience et l'expression des affects. Ceci a pour effets de diminuer la force des réactions transférentielles et des manifestations de relations d'objets primitives. KERNBERG recommande donc que la médication, si elle s'avère nécessaire, soit administrée par une personne autre que le thérapeute référent. Le dialogue entre le psychothérapeute et le pharmacothérapeute devrait cependant demeurer libre de toute contrainte, de façon à ne pas donner prise aux tentatives de manipulations courantes chez les patients états-limites.

L'objectif thérapeutique de KERNBERG consiste donc plutôt à intégrer les parties positives et négatives dans la représentation de soi et des autres, ce qui entraîne la constance affective de l'objet et procure des représentations internes plus réconfortantes en temps de solitude, de doute ou de besoin (36,97).



CONCLUSION



Dans ce travail, l'auteur, en s'appuyant sur des réflexions à la fois théoriques, cliniques et thérapeutiques, a cherché à montrer comment il était nécessaire de définir les originalités de personnalités, très souvent rencontrées en pratique clinique et dont les décompensations ouvrent la voie aux manifestations dépressives.

Les médecins rencontrent de plus en plus de patients aux tendances dépressives entrant dans le cadre des états-limites. Il existe trois facteurs de risque essentiels qui jouent sur la constitution de tels états : ce sont les difficultés identificatoires secondaires, la pauvreté de l'élaboration imaginaire et les carences de régulations des pulsions. Ces trois facteurs se voient particulièrement développés et encouragés dans les contextes environnementaux socioculturels, socio-économiques et socio-politiques de notre époque.

Les récentes métamorphoses socioculturelles européennes ont provoqué l'apparition de sujets jeunes dont l'adolescence semble se poursuivre inlassablement sans grand accident vraiment pathologique mais sans grande efficacité relationnelle non plus. Ces sujets demeurent fragiles et doivent mettre en place des mécanismes caractériels ou comportementaux pour lutter contre la dépression. Ces sujets sont fragiles narcissiquement, ont fort mal intégré l'imaginaire oedipien et sont limités à un mode de relation d'objet essentiellement anaclitique. On observe alors progressivement la mise en place d'une véritable personnalité dépressive associée à un mode de fonctionnement limite. Cette prédisposition symptomatique évolue alors vers une véritable décompensation dépressive lors de situations instables ou traumatiques.

Tant sur le plan diagnostique que pronostic, ainsi que pour le devenir social et l'orientation thérapeutique, il est important de ne pas ignorer l'existence de ce mode spécifique de constitution de la personnalité, dont l'économie relationnelle ne peut se comprendre comme réductible aux structures de bases. Les structures névrotique et psychotique seules seraient stables. L'état-limite se présenterait comme un aménagement médiocre et provisoire entre ces deux structures, et l'expérience clinique montre que, sans imprévu trop brutal, le provisoire peut parfois durer longtemps...

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAHAM K.

Notes on the Psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive, in
sanity and allied conditions.
New-York : Basic books, 1953.

2. ABRAHAM K.

Oeuvres complètes.
Paris : Payot, 1965

3. ABRAHAM K.

Rêve et mythe.
Paris : Payot, 1965.

4. AJURIAGUERRA J.

Manuel de Psychiatrie de l'Enfant.
Paris : Masson, 1971.

5. AKISKAL H.S.

Subaffective Disorders : Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II disorders in the
Borderline Realm in STONE M : *Borderline disorders*.
Philadelphia : W.B. Saunders, psychiatric clinics of North America, 1981, 4, pp 25-46.

6. AKISKAL H.S.

Affective subtypes in the Borderline conditions.
American psychiatric association annual meeting.
New-York, 5 mai 1983.

7. AKISKAL H.S., CHEN S.E., DAVIS G.C.

Borderline : an adjective in search of a noun.
Journal Clinical Psychiatry, 1985, 46, pp 41-48.

8. AKISKAL H.S., YEREVANIAN B.I., DAVIS G.C.

The nosologic status of borderline personality : clinical and polysomnographic study.
American Journal Psychiatry, 1985, 142, pp 192-198.

9. AKISKAL H.S.

Handbook of borderline disorders.
Connecticut : International Universities Press, 1992, pp 155-176.

10. AKISKAL H.S.

Mood disorders : introduction and overview in *Comprehensive textbook of psychiatry*
vol 1. 6^{ème} edition.
Baltimore : M.B. : Williams and Wilkins, 1995, pp 1067-1079.

11. ALLILAIRE J.F.

Les états limites : antidépresseurs intermittents au long cours.
L'encéphale, 1995, numéro spécial N° 1, pp 45-48.

12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Ed.
Washington DC. : American psychiatric association, 1980.



13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders : 3rd Ed. Revised.
Washington DC. : American psychiatric association, 1987.

14. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders : 4th Ed.
Washington DC. : American psychiatric association, 1994.

15. ANDRULONIS P.A.

Organic brain dysfunction and the borderline syndrome in STONE M. : *Borderline disorders*.

Philadelphia : W.B. Saunders, psychiatric clinics of North America, 1981, 4, pp 47-66.

16. ANZIEU D.

Éléments d'une théorie de l'interprétation.

Revue Française de psychanalyse, 5-6 sept 1970, 34, pp 755-820.

17. ANZIEU D.

Le Moi-peau.

Paris, Dunod, 1995.

18. ARTIERES M.

La dépression du vide.

Topique, 1982, 30, pp 43-54.

19. BENASSY M.

Psychanalyse théorique.

Bulletin de psychologie, 15 mai 1967, 261, pp 20-22.

20. BERGERET J.

Abrégé de psychologie pathologique.

Paris : Masson, 1972, Vol 1, pp 169-195.

21. BERGERET J.

Dépressivité et dépression.

Revue Française de psychanalyse, 1976, numéro spécial. N° 5-6.

22. BERGERET J.

La personnalité normale et pathologique.

Paris : Dunod, 1978, 324 p.

23. BERGERET J.

La violence fondamentale.

Paris : Dunod, 1984.

24. BERGERET J., REID W.

Narcissisme et états limites.

Paris : Dunod, 1986, 244 p.

25. BERGERET J.

La dépression et les états limites.

Paris : Payot, 1992 (3^{ème} édition), 354 p.

26. BERGERET J.

Freud, la violence et la dépression.

Paris : PUF, 1995, pp 15-33.

27. BERGERET J.

La pathologie narcissique.

Paris : Dunod, 1996, pp 53-66.

28. BIBRING C.

Some considerations regarding the ego ideal in the psychoanalytic process.

Journal of American Psychoanalytic Association, 1964, 12, 3, pp 517-523.

29. BICK E.

L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces.

Paris : Payot, 1980.

30. BOURGEOIS M.

États limites borderline.

Précis de Psychiatrie (KROUPENIK et Coll), Flammarion, 1971, pp 219-224.

31. BOUVET M.

Oeuvres psychanalytiques.

Paris : Payot, 1967.

32. BRACONNIER A., JEANNEAU A.

Anxiété, agressivité, agitation et dépression : aspects psychopathologiques.

L'encéphale, 1997, Numéro spécial N° 3, pp 43-47.

33. CAROLL B.J.

Neuroendocrine evaluation of depression in Borderline patients in STONE M : *Borderline Disorders*.

Philadelphia : Saunders, 1981, pp 89-99.

34. CHABERT C., BRUSSET B., BRELET-FOULARD F.

Névroses et fonctionnements limites.

Paris : Dunod, 1999, pp 113-130.

35. CHASSEGUET-SMIRGEL J.

Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine.

Paris : Payot, 1964, 278 p.

36. CLARKIN J.F., YEOMANS F.E., KERNBERG O.

Psychotherapy of Borderline personality.

New-York : Wiley, 1999.

37. CLONINGER C.R.

A systematic method for clinical description and classification of personality variants.
Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, pp 573-588.

38. CLONINGER C.R.

The genetic structure of personality and learning : a psychogenetic model.
Clin. Genet., 1994, 46, pp 124-137.

39. CLONINGER C.R., SVRAKIC D.M., PRZYBECK T.R.

A psychobiological model of temperament and character.
Arch. Gen. Psychiatry, 1993, 50, pp 975-988.

40. COCCARO E.F., SIEVER L.J., KLAR H.M.

Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders : correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior.
Arch. Gen. Psychiatry, 1989, 46, pp 587-599.

41. COMPTON A.

Objects and object relationships in Psycho-analysis : the major concepts.
New-Haven : Yale University Press, 1990, pp 433-449.

42. COWDRY R.W., GARDNER D.L.

Pharmacotherapy of borderline personality disorder : alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and traneyclpromine.
Arch. Gen. Psychiatry, 1988, 45, pp 111-119.

43. DAVIS G.

Heterogeneity in borderline patients.
American psychiatric association annual meeting.
New-York, 5 mai 1983.

44. DESCOTEAUX J., DIGUER L.

État-limite et dépression majeure : conceptions nord-américaines récentes et leurs implications.
Perspectives Psy, décembre 1999, volume 38, N° 5, pp 379-394.

45. DEUTSCH H.

Some Forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia.
Psychoanalytic Quaterly, 1942, 11, pp 301-321.

46. DIGUER L., BARBER J.P., LUBORSKY L.

Three concomitants : personality disorders, psychiatric severity, and out come of dynamic psychotherapy of major depression.
Am J. Psychiatry, 1993, 150, pp 1246-1248.

47. DUBOR P.

Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique : utilisation du réel dans l'agir.
Revue Française de psychanalyse, 1971, 35, pp 1058-1081.

48. DUNNER D.L., FLEISS J.L., FIEVE R.R.

The course of development of mania in patients with recurrent depression.
American journal of psychiatry, 1976, 133, pp 905-908.

49. ERIKSON E.

The problem of ego identity.
J. Am. Psychoanal. assoc., 1956, 4, pp 56-121.

50. FAIRBAIRN W.

A synopsis of the development of the author's views regarding the structure of the personality.
New-York : Basicbooks, 1952, pp 162-179.

51. FEDERN P.

Narcissism in the structure of the ego.
International Journal Psychoanalytic, 1947, I, pp 129-144.

52. FENICHEL O.

La théorie psychanalytique des névroses.
Paris : PUF, 1953.

53. FLIESS R.

Psychoanalytic reader.
New-York : UIP, 1950, 254 p.

54. FREUD S.

Nouvelles conférences d'introduction sur la psychanalyse.
Paris : Gallimard, 1936.

55. FREUD S.

Psychologie collective et analyse du Moi.
Paris : Payot, 1951, pp 76-162.

56. FREUD S.

Le Moi et le Ça dans *Essais de psychanalyse*.
Paris : Payot, 1951.

57. FREUD S.

Deuil et mélancolie.
Paris : PUF, 1952.

58. FREUD S.

Vue d'ensemble des névroses de transfert.
Paris : Gallimard, 1953.

59. FREUD S.

Observation sur l'amour de transfert dans *technique psychanalytique*.
Paris : PUF, 1953.

60. FREUD S.

Le problème économique du masochisme dans *Névrose, psychose et perversion*.
Paris : PUF, 1973, pp 287-297.

61. FREUD S.

Inhibition, symptôme et angoisse.
Paris : PUF, 1978, 102 p.

62. FREUD S.

La négation dans *Résultats, Idées, problèmes*.
Paris : PUF, 1985, pp 135-141.

63. FREUD S.

Pulsions et destin des pulsions.
Paris : PUF, 1988, p 163-187.

64. GABBARD G.O.

Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM IV edition.
Washington DC : American Psychiatric Press, 1994.

65. GREDEN J.

Dexamethasone results in Borderline patients.
American psychiatric association annual meeting.
New-York, 5 mai 1983.

66. GREEN A.

L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique.
Nouvelle revue de Psychanalyse, Paris : Gallimard, 1974, N° 10, pp 225-258.

67. GREENSON R.

L'empathie et ses phases diverses.
Paris : PUF, 1961, pp 801-815.

68. GREESON R.

Homosexualité et identité sexuelle.
Revue Française de psychanalyse, 1965, 29, 4, pp 343-348.

69. GRINKER R.R., WERBLE B., DRYE R.C.

The borderline syndrome : a behavioral study of egofunctions.
New-York : Basic Books, 1968.

70. GRUNBERGER B.

Préliminaire à une étude topique du narcissisme.
Revue Française de psychanalyse, 1958, 22, pp 269-296.

71. GRUNBERGER B.

Étude sur la relation objectale anale.
Revue Française de psychanalyse, 1960, 24, 2, pp 137-169.

72. GRUNBERGER B.

Étude sur la dépression.

Revue Française de psychanalyse, 1965, 29, 2-3, pp 163-190.

73. GRUNBERGER B.

Étude sur le narcissisme.

Revue Française de psychanalyse, 1965, 29, 5-6, pp 573-588.

74. GRUNBERGER B.

Le narcissisme dans *Essais de psychanalyse*.

Paris : Payot, 1971.

75. GRUNBERGER B., CHASSEGUET-SMIRGEL J.

Les pulsions.

Paris : Tchou, 1980.

76. GUELFY J.D., CORRUBLE E., DURET C.

Personnalité et troubles de l'humeur.

Paris : Doin, 1999.

77. GUNDERSON J.G., SINGER H.I.

Defining Borderline Patients : an overview.

American Journal of Psychiatry, 1975, 132, pp 1-10.

78. GUNDERSON J.G.

Borderline personality disorder.

Washington DC : American Psychiatric Press, 1984.

79. GUNDERSON J.G., ELLIOTT G.R.

The interface between borderline personality disorder and affective disorder.

Am. J. Psychiatry, 1985, 142, pp 277-288.

80. GUNDERSON J.G.

Pharmacotherapy for patients with borderline personality disorder.

Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43, pp 698-700.

81. GUNDERSON J.G., PHILLIPS K.A.

A current view of the interface between borderline personality disorder and depression.

Am. J. Psychiatry, 1991, 148, pp 967-975.

82. GUNDERSON J.G.

Studies of borderline patients in psychotherapy in *Handbook of borderline disorders*.

Madison CT : International Universities Press, 1992, pp 155-176.

83. GUNDERSON J.G., PHILLIPS K.A.

Borderline personality disorder and depression : a reply to M.R. Liebowitz.

Am. J. Psychiatry, 1992, 149, p 581.

84. GUNDERSON J.G., SABO A.N.

The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD.

Am. J. Psychiatry, 1993, 150, pp 19-27.

85. GUNDERSON J.G.

The borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachment and therapist availability.

Am. J. Psychiatry, 1996, 153, pp 752-758.

86. HARTMANN H., KRIS E.

Comments on the formation of psychic structure.

The Psychoanalytic Study of the Child, 1946, 2, pp 11-38.

87. HEIMANN P.

A contribution to the re-evaluation of the oedipus complex : the early stages.

New-York : 1955, pp 23-38.

88. JACOBSON E.

Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression.

New-York : Int. Univ. Press, 1953, pp 49-83.

89. JACOBSON E.

The self and the object world.

New-York : International University Press, 1964.

90. JEANNEAU A.

La cyclothymie.

Paris : Payot, 1980.

91. JOYCE P.R., MULDER R.T., CLONINGER C.R.

Borderline personality disorder in major depression : symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6 months outcome.

Compr. Psychiatry, 2003, 44, 1, pp 35-43.

92. KERNBERG O.

Borderline personality organization.

Journal of American psycho-analytic association, 1967, 15, pp 641-685

93. KERNBERG O.

Borderline conditions and pathological narcissism.

New-York : Jason Aronson, 1975.

94. KERNBERG O.

Transference and counter-transference in the treatment of Borderline patients.

Objet Relations Theory and Clinical Psycho-Analysis.

New-York : Aronson, 1976, pp 161-184.

95. KERNBERG O.

Narcissisme normal et narcissisme pathologique.

Nouvelle revue de Psychanalyse, 1976, 13, pp181-204.

96. KERNBERG O.

The structural diagnosis of borderline personality organization in borderline personality disorders.

New-York : International University Press, 1977, pp 87-91.

97. KERNBERG O., SELZER M.A., KOENIGSBERG H.W.

Psychodynamic psychotherapy of Borderline patients.

New-York : Basic Book, 1989.

98. KERNBERG O.

Psychopathic, paranoïd and depressive transferences.

Int. J. Psychoanal, 1992, 73, pp 13-28.

99. KERNBERG O.

Suicidal behavior in borderline patients : diagnosis and psychotherapeutic considerations.

Am. J. Psychother, 1993, 47, pp 245-254.

100. KERNBERG O.

Les troubles limites de la personnalité.

Paris : Dunod, 1997.

101. KETY S.

Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenies in *transmission of schizophrenia*.

Oxford : Pergamon Press, 1968, pp 345-362.

102. KLEIN D.

Importance of psychiatric diagnosis in prediction of clinical drug affects.

Archives of general psychiatry, 1967, 16, pp 118-126.

103. KLEIN M.

La psychanalyse des enfants.

Paris : PUF, 1959.

104. KLEIN M.

Développement de la psychanalyse.

Paris : PUF, 1966.

105. KLEIN M.

Les stades précoces du conflit oedipien dans *Essais de Psychanalyse*.

Paris : Payot, 1968, pp 229-241.

106. KNIGHT R., FRIEDMAN R.

Borderline states.

New-York : International Universities Press, 1954, pp 97-109.

107. KOHUT H.

Le Soi.

Paris : PUF, 1974 : 1 vol, 374 p.

108. KOHUT H.

Réflexions sur le narcissisme et la rage narcissique.
Revue Française de psychanalyse, 1978, 42, 4, pp 683-719.

109. KRAEPELIN E.

Manic depressive insanity and paranoia.
Edinburgh : E. et S. Levingstone, 1921.

110. LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.

Vocabulaire de la psychanalyse.
Paris : PUF, 1997.

111. LAUGHLIN H.P.

The nevroses in clinical practice.
Philadelphia : Saunders, 1956, pp 394-406.

112. LEBOVICI S.

Acte suicidaire, dépressivité, dépression.
Adolescence, 1986, 42, pp 219-224.

113. LENZENWEGER M.F., CLARKIN J.F.

The personality disorders : history, classification, and research issues in major theories of personality disorders.
New-York : Guilford Press, 1996, pp 1-35.

114. LIEBOWITZ M.R., KLEIN D.F.

Interrelationship of hysteroid dysphria and borderline personality disorder in *Borderline disorders*.
Philadelphia : Saunders W.B., psychological clinic north America, 1981, pp 67-87.

115. LORANGER A.W., OLDHAM J.M., THULIS E.H.

Familial transmission of DSM III borderline personality disorder.
Archives of General Psychiatry, 1982, 39, pp 795-799.

116. LUMINET D.

De la métapsychologie à la relation d'objet : essai de clinique psychosomatique.
Évolution psychiatrique, 1967, 3, pp 657-701.

117. LUMINET D.

Psychothérapie et psychosomatique : un problème essentiellement économique.
Psychothérapie, 1982, 4, pp 161-166.

118. MAHLER M.S.

A study of the separation individuation process and its possible application to borderline phenomena in a psychoanalytic situation.
Psychoanalytic study of the child, 1978, 26, pp 403-424.

119. MALLET J.

La dépression névrotique.
Évolution psychanalytique, 1955, 3, pp 480-501.

120. MARCELLI D.

Les états limites en psychiatrie (première édition).
Paris : PUF, 1981, pp 48-56.

121. MARTY P., M'UZAN M., DAVID C.

L'investigation psychosomatique.
Paris : PUF, 1963.

122. MARTY P.

La dépression essentielle.
Revue Française de psychanalyse, 1968, 32, pp 594-599.

123. MARTY P.

L'ordre psychosomatique.
Paris : Payot, 1980.

124. MASTERSON J.F.

The narcissistic and borderline disorders.
New-York : Brunner et Mazel, 1981.

125. MEUNIER J., MATTE J.

Traitement des troubles de personnalité limite (Borderline). Approche multimodale.
Annales psychiatriques, 1996, N° 1, pp 42-49.

126. NACHT S., RACAMIER P.C.

Les états dépressifs, études psychanalytiques.
Revue Française de psychanalyse, 1959, 23, 5, p 567-607.

127. NASH S.J.

Biological markers in agoraphobia, borderline states and depression.
American psychiatric annual meeting, New-York, 5 mai 1983.

128. PASCHE F.

Régression, perversion, névrose.
Revue Française de psychanalyse, 1962, 26, 2-3, pp 161-178.

129. PHILLIPS K.A., GUNDERSON J.G.

Personality disorders in *American Psychiatric Press test book of psychiatry*, 2nd Ed.
Washington DC : American psychiatric Press, 1994.

130. PICKAR D.

Beta-endorphins : their role in various psychological states.
Lecture at New-York Psychiatric institute.
New-York, 22 avril 1983.

131. POPE M.G.

The validity of DSM III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response and long terme follow-up study.
Archives of general psychiatry, 1983, 40, pp 23-30.

132. RACAMIER P.

La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum.
Évolution psychanalytique, 1955, 2, pp 285-297.

133. RACKER H.

The meaning and uses of counter transference.
Psychoanalytic quarterly, 1957, 26, pp 303-357.

134. RANGEL L.

Panel report : the borderline case.
J. Am. Psychoanal. Assoc, 1955, 3, pp 285-298.

135. RAPAPORT D.

Cognitive structures.
Cambridge : Harvard university Press, 1957, pp 157-200.

136. RINNE T., VAN DEN BRINK W., WOUTERS L.

SSRI treatment of borderline personality disorder : a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder.
American Journal Psychiatry, déc 2002, 159, 2, pp 2048-2054.

137. ROBERT P., BENOIT M.

Relations entre états limites et dysthymies.
L'encéphale, 1992, 18, pp 727-730.

138. ROSENFELD H.

An investigation into the psycho-analytic theory of depression.
International Journal Of Psychoanal., 1959, 40, 2, pp 105-130.

139. ROSENFELD H.

Note sur le facteur précipitant.
Revue Française de psychanalyse, 25, 4-5-6, 1961, pp 940-947.

140. ROSENFELD H.

On the psychopathology of narcissism : a clinical approach.
Int. J. Psychoanal., 1964, 45, pp 332-337.

141. ROTH M.

The phobic-anxiety-depersonalization syndrome.
Proc. R. Soc. Med., 1959, 52, pp 587-595.

142. RUBIFINE D.

Notes on a theory of depression.
Psychoanalytic quarterly, 1968, 37, 3, pp 400-418.

143. SCHARBACH H.

Devenir des États-limites au long cours : le risque de psychotisation ou de dépression chronique.
Actualités psychiatriques, mai 1988, N° 5, p 42-46.

144. SCHILDER P.

L'image du corps.

Paris : Gallimard, 1968.

145. SCOTT W.

Dépression, confusion et polyvalence.

Revue Française de psychanalyse, 1961, 25, 4-5-6, pp 913-923.

146. SHEA M.T., WIDIGER T.A., KLEIN M.H.

Comorbidity of personality disorders and depression : implications for treatment.

J. Consult. Clin. Psychol., 1992, 60, pp 857-868.

147. SIEVER L.

Pertinent concepts in Borderline condition.

Lecture at New-York, State psychiatric institut.

New-York, 13 mai 1983.

148. SIFNEOS P.F.

The prevalence of " Alexithymic " characheristics in psychosomatic patients.

Psychotherapy, Psychosomaty, 1973, 22, pp 255-262.

149. SOLOFF P.H.

Is there any treatment of choice for the borderline patient ?

Acta Psychiatrica Scand, 1994, 89, (suppl 379), pp 50-55.

150. SOUETRE F.

La prise en charge des " états-limites " : les conceptions américaines actuelles.

Psychologie médicale, 1991, 23, 4, pp 385-390.

151. SPITZ R.

De la naissance à la parole. La première année de vie.

Paris : Dunod, 1968.

152. SPITZER R.L., ENDICOTT J., GIBBON H.

Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia.

Archives of general psychiatric, 1979, 16, pp 17-24.

153. STERN A.

Psychoanalytic therapy in the borderline nevroses.

Psychoanal. Quart., 1945, 14, 2, pp 190-198.

154. STONE M.

The role of loss in borderline and psychotic conditions.

Journal of thanatology, 1976, 3, pp 207-222.

155. STONE M.

The borderline syndrome : evolution of the term, genetic aspects and prognosis.

American Journal of Psychotherapy, 1977, 31, pp 345-365.

156. STONE M.

Toward early detection of manic depressive illness in psychoanalytic patients.
American Journal of Psychothérapie, 1978, 32, pp 427-439.

157. STONE M.

Assessing vulnerability to schizophrenia or manic depression in borderline states.
Schizophrenia bulletin, 1980, 5, pp 105-110.

158. STONE M.

Borderline syndromes : a consideration of subtypes.
Psychiatric Clinics of North America, 1981, 4, pp 3-24.

159. STONE M. H.

Abnormalities of personality within and beyond the realm of treatment.
New-York : Norton, 1993.

160. SULLIVAN P.F., JOYCE P.R., MULDER R.T.

Borderline personality disorder in major depression.
J. Nerv. Ment. Dis, 1994, 182, pp 508-516.

161. SZTULMAN H.

Déception, dépression essentielle et illusion chez les patients états-limites.
L'évolution psychiatrique, 1994, 59, 1, pp 13-21.

162. VERMOREL H.

L'oeuvre de Bergeret : d'une pratique à une théorie de la clinique.
Lausanne : Delachaux et Niestlé, 1999, pp 217-222.

163. WEST E.D., DALLY P.J.

Effect of iproniazid in depressive syndromes.
Br. Med. J., 1959, 1, pp 2491-2494.

164. WIDIGER T.

The categorical distinction between personality and affective disorders.
J. Personal Disord, 1989, 3, pp 77-91.

165. WIDIGER T.A., TRULL T.J.

Borderline and narcissic personality disorders in *Comprehensive handbook of psychopathology*, 2nd Ed.
New-York : Plenum Press, 1993, pp 371-394.

166. WINNICOTT D.W.

Ego integration in child development in the Maturational Processes and Facilitating environment.
New-York : International University Press, 1966, pp 56-63.

167. WINNICOTT D.W.

Jeu et réalité.
Paris : Gallimard, 1975.

168. WOODY G.E., MC LELLAN T., LUBORSKY L. O'BRIEN C.P.

Sociopathy and psychotherapy outcome.
Arch Gen Psychiatry, 1985, 42, pp 1081-1086.

169. YEREVANIAN B.

REM latency in borderline patients.
Presented at the American Psychiatric Association meeting.
New-York, 5 mai 1970.

170. ZANIRINI M.C., GUNDERSON J.G., MARINO M.F.

DSM III disorders in the families of borderline out patients.
J. Personal Disord 1988, 4, pp 292-302.

171. ZETZEL E.

Sur les états dépressifs.
Revue Française de psychanalyse, 1961, 25, 4-5-6, pp 901-910.



VU

NANCY, le **07 janvier 2004**
Le Président de Thèse

Professeur **J.P. KAHN**

NANCY, **26 janvier 2004**
Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **02 février 2004**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE

Depuis quelques décennies, on constate un nombre croissant de sujets dépressifs dont la dépressivité ne peut être considérée comme un simple épisode passager survenu au cours d'une évolution structurelle classique. Ces sujets demeurent dans une incomplétude narcissique avec un moi fragilisé, et dont les limites avec l'objet sont poreuses entraînant une relation précaire évoluant sur un mode anaclitique. Le sujet état limite va ainsi utiliser l'économie dépressive pour lutter contre l'angoisse de la perte de son objet.

L'auteur, dans une première partie, revient sur l'organisation des états limites et leurs aménagements. Il insiste sur la fragilité, la précarité et l'instabilité de la relation d'objet et l'angoisse de sa perte.

Dans une seconde partie, l'auteur expose le concept de dépression limite selon différents points de vue et souligne les éléments spécifiques de cette symptomatologie dans l'organisation limite de la personnalité.

La troisième partie, intégrative, permet, autour du cas de Madame B..., de mettre en évidence les troubles affectifs majeurs associés à ce type d'organisation de la personnalité.

La dernière partie est consacrée aux orientations thérapeutiques dont le mode combiné semble le plus adapté et le plus consensuel.

Ainsi, l'auteur, à travers une revue de la littérature, conclut à l'existence d'une véritable personnalité dépressive associée à un mode de fonctionnement limite, pour permettre des aménagements moins coûteux pour un Moi fragile et incapable de supporter l'angoisse de la perte de l'objet.

Borderline personality disorder and major depression: an « anaclitic » tie.

THESE DE PSYCHIATRIE : année 2004

MOTS-CLES : Personnalité limite (borderline) - Dépression

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de NANCY
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX