

CLINIQUES DES ETATS LIMITES

L'état limite est ce que l'on retrouve sous le terme de Borderline. A la fin des années 50, c'est Bergeret qui décrit pour la première fois les états limites.

I/- Définition :

- **Selon le courant psychiatrique** : la notion d'état limite correspond au besoin de disposer d'une catégorie carrefour entre les psychoses schizophréniques, la psychopathie et les névroses. Ainsi que d'un cadre pour les patients pouvant évoluer vers un état psychotique.
- **Selon le courant psychanalytique** : ce sont les états d'apparence névrotiques susceptibles d'avoir au cours d'une cure psychanalytique des symptômes ou des conduites de type psychotiques.

L'état limite est un aménagement particulier de la personnalité appartenant aux a structurations de la personnalité et ne relevant ni de la structure névrotique ni de la structure psychotique, mais se définissant par des mécanismes propres.

Dans le DSM IV, c'est dans le chapitre des troubles de la personnalité que l'on doit chercher la définition de ses troubles.

II/- Etude clinique :

Il n'y a pas de limite à la clinique de l'état limite. Toutes les conduites, tous les symptômes de la sémiologie psychiatrique peuvent se retrouver chez l'état limite. On va décrire principalement 7 symptômes.

- **L'angoisse** : elle est permanente, d'intensité variable. Elle va de la grande crise d'angoisse aigue, où l'on retrouve une sidération des processus mentaux et une manifestation somatique ; et va jusqu'à minima jusqu'au simple malaise existentiel mais dont la permanence empêche tout sentiment de bien être. Elle est aussi diffuse et flottante et ce pour 2 raisons. Tout d'abord elle envahi le patient très facilement et pour des motifs très anodins (situations de stress, menaces d'abandon, ...). Ensuite parce qu'elle s'enrichit à chaque fois de nouveaux symptômes. Ce qui traduit un manque de tolérance à l'angoisse et qui témoigne de la fragilité du Moi de l'état limite. La multiplicité des symptômes est due à l'échec économique des symptômes. C'est-à-dire leur incapacité à lier efficacement l'angoisse à un symptôme particulier, ce qui empêche le patient d'avoir un déploiement harmonieux de ses investissements dans les autres secteurs de la vie. Le ré envahissement par l'angoisse

est une menace potentielle permanente. La signification de l'angoisse n'est pas une crainte de morcellement comme chez le psychotique, ni une crainte d'échec comme chez le névrotique. Ici c'est une angoisse de perte d'objet, une angoisse d'abandon. C'est aussi une crainte de perte de la cohérence interne, autrement dit de ses repères.

- **Les symptômes d'apparence névrotique** : ils empruntent aux névrotiques des symptômes névrotiques.
 - **Les phobies** : elles sont fréquentes, atypiques, mal systématisées et dépourvu de moyen de lutte. Elles sont souvent associées et se caractérisent par un aspect changeant. Plutôt que des phobies d'objet ou de situations, on retrouve ici des phobies qui touchent le corps. On retrouve ainsi des éreutophobies, la phobie du regard ou d'être regardé. Cela peut être aussi des phobies à la limite de l'obsession, comme les phobies d'impulsion. On retrouve dans ces phobies une tonalité persecutive. Le sujet à des efforts de rationalisation justificative.
 - **Les Tocs** : on retrouve des compulsions et idées obsédantes mais de manière moins fréquente. Ils sont atypiques et bizarre. Il n'y a pas de lutte contre les pensées, même si elles sont jugées absurdes et parasites. Comme chez les phobiques, il rationalise ses idées obsédantes et ses compulsions. Ces compulsions sont cependant moins invalidantes que chez le névrosé.
 - **Symptômes hystériques** :
 - Conversions : multiples, changeantes, bizarres. Cependant les conversions, l'état limite n'ayant pas accédé à la génitalisation (Oedipe), sont plutôt sur la tonalité de la manipulation agressive.
 - Episodes de fugue : cela du à une obnubilation de la conscience.
 - **Symptômes hypochondriaques** : fréquents. Ce sont parfois une telle préoccupation, qu'ils viennent à réduire l'activité sociale. Ces craintes sont teintées d'éléments persécutifs et fortement rationalisés.
- **La dépression** : c'est un symptôme cardinal chez l'état limite. L'humeur est instable. Elle va de légère à grave. Le ralentissement psychomoteur est rare bien que tristes. Ils ont une image de soi péjorative. Il y a désadaptation grave du sujet à la réalité externe et à sa réalité interne. La dépression a des effets désorganisant sur les capacités adaptatives du sujet. On ne retrouve pas de sentiment de culpabilité ou de remords car le sujet n'a pas accédé à l'Oedipe. Il se plaint d'être la victime, d'être inefficace, impuissant ; ce qui va limiter son activité. Il se décrit comme triste avec des sentiments de solitude, d'anhédonie. Il ressent un sentiment de vide et d'ennui. Ce dernier est un sentiment permanent, c'est une modalité de son existence. Il a l'impression que tout est artificiel, de ne rien pouvoir éprouver. Le sujet va mettre des stratagèmes en place soit pour :
 - **Sortir de cet état** :
 - **Jouer le jeu** : ce sont des patients qui vont se forcer à établir des contacts avec leur entourage.

- D'autres vont vivre par procuration. Ils vont s'identifier à des causes politiques, sociologiques, éthiques, etc...Ils investissent de manière très intense leur centre d'intérêt. Au bout d'un moment le sentiment de vide réapparaît et ils vont rompre avec leur engagement et quelques temps après vont adopter un nouvel engagement. Entre ces deux périodes ils vont décrire un état de latence, de vide.
 - **Le vide est une position de retrait défensif** : ce sont des patients qui désinvestissent les actions car ils préfèrent se réfugier dans le sentiment de vide dès qu'ils se sentent menacés par une relation trop proche. Ils désinvestissent la relation pour à nouveau retrouver le vide parce que c'est un état préférable à celui de la dépendance avec laquelle ils veulent rompre.
- **Le passage à l'acte**: ce risque est important chez l'état limite. En effet les patients sont vulnérables au stress et à la frustration, lorsqu'ils y sont confrontés ils perdent le contrôle. C'est-à-dire que leurs pulsions agressives échappent à la mentalisation, à la symbolisation.
 - **Infra clinique**
 - **Pathologie** : fugues, conduites délinquentielles impulsives et inhabituelles, conduites sexuelles impulsives, passages à l'acte, phlébotomies. Elles ont un but de manipulation affective, à du chantage. D'autres actes sont d'apparence moins suicidaires mais très auto destructeurs (alcoolisme aigu, drogue,...).

Une des caractéristiques du passage à l'acte est le fait que le patient est en accord avec sa conduite au moment de l'acte lui-même. Il ne la critique pas. Cela le satisfait même. Dans un deuxième temps, en dehors du passage à l'acte il se juge avec sévérité. Il reconnaît les conséquences néfastes de sa conduite. Il a une apparente lucidité. Les deux états affectifs s'ignorent cependant. Cela illustre le clivage et est signe du défaut de surmoi.
- **La relation de dépendance** : il existe chez l'état limite, un secteur relationnel où le patient est soumis et obéissant. Le plus souvent il s'agit des parents ou d'un représentant parental. Cette relation d'objet est dite être anaclitique. Elle s'appuie sur la notion d'appui, l'attente passive de satisfaction, et la notion de manipulation agressive du partenaire. Mais si l'autre ne répond plus aux attentes, la soumission bascule dans un rapport inverse, c'est-à-dire le rejet et le dénigrement de l'objet. Cette relation de dépendance peut se nouer avec l'alcool et les toxiques. C'est-à-dire qu'au départ sur un mode impulsif, l'état limite va consommer de l'alcool ou des toxiques. Il n'y a aucune critique lors de la crise aiguë, il éprouve même du plaisir. Il va donc idéaliser cet état, le reproduire et rentrer en état de dépendance et ce sans sentiment de culpabilité.
- **Les conduites sexuelles** : on retrouve très fréquemment des conduites de types perverses et non pas des conduites perverses fixées. On peut aussi retrouver des troubles sexuels à type d'impuissance et de frigidité.
- **Episodes psychiatriques aigus** : ce sont des épisodes aigus qui sont très labiles, transitoires, brefs. Le plus souvent ce sont eux qui sont à l'origine des hospitalisations

lorsqu'ils ont lieu. On retrouve les états d'angoisse aigue, les tentatives de suicide vécues avec une dimension de manipulation, des épisodes psychotiques brefs. Tous ces états sont très labiles. Les patients critiques même leur état antérieur.