

## LES ETATS-LIMITES

### I. Introduction : une notion complexe et controversée

L'état limite se situe avant tout comme une pathologie de la personnalité et du narcissisme. Il s'agit d'un concept qui n'est pas reconnu par tous comme pertinent, notamment pas par la théorie lacanienne.

L'état limite (ou borderline) caractérise non pas une structure stable de personnalité, mais une organisation de personnalité.

Cette notion de structure fait référence à la théorie du cristal de Freud. De même qu'un cristal se brise selon des lignes de cassure pré-établies mais jusqu'alors invisibles, la personnalité, à la faveur d'un événement traumatique, se décompensera selon une direction et une seule. Les lignes de force pourraient métaphoriquement correspondre aux lignes d'orientation du Moi en phase de constitution, et se mettraient en place d'une certaine manière en fonction des conflits, des frustrations, des effets de pulsion, des défenses du Moi. Le sujet névrotique ne pourra ainsi développer qu'une névrose, et le sujet psychotique qu'une psychose, sans possibilité de passage d'une structure à l'autre.

La personnalité état limite constituerait elle, non pas une structure mais une organisation de personnalité en raison d'un noyau commun décrit par la plupart des auteurs qui peut se compliquer de symptômes divers (de nature névrotique mais aussi psychotique) dont les fluctuations donnent l'impression de personnages « à facettes » changeants et imprévisibles, avec des évolutions très variables.

Les données épidémiologiques retrouveraient une prévalence de 1 à 2 % dans la population générale, avec un ratio plus élevé pour les femmes, et l'association avec des conditions économiques défavorables ainsi qu'un bas

niveau socio-éducatif. Le risque de passage à l'acte suicidaire serait de 4 à 5 fois plus élevé que dans la population générale. Cependant, ces éléments sont à nuancer, puisque la notion de personnalité état limite n'est pas consensuelle et peut très bien n'être codifiée à un moment donné que sur des arguments faisant référence à des éléments cliniques (comme la dépression) et pas sur un diagnostic dit « transversal ».

## II. Historique du concept

En 1884, le terme apparaît pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne. Hugues écrit ainsi dans une revue pour Aliénistes et Neurologues : "l'état frontière (borderline) de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre". Rosse en 1890 évoque le terme de "borderland".

L'histoire de la délimitation de ce concept va venir rendre compte de deux courants différents : une volonté de décrire cliniquement un syndrome pour l'inscrire dans une nouvelle catégorie nosographique, et celui de l'approche psychodynamique avec le développement de la psychanalyse, qui va rechercher un modèle d'explication.

Le concept se dégage d'abord de ce que l'on connaît de la schizophrénie. Quantité d'adjectifs variés et imprécis se sont alors développés engendrant des confusions dans les termes. Ainsi dès 1883, Kraepelin décrit des formes atténuées de démence précoce, Kahlbaum en 1885 parle d'"héboïdophrénie", Jung en 1907 cite la terminologie de "psychotique introverti", Bleuler en 1911 parle des schizomorphes, et plus tard (1920) des schizothymies. En 1921, Kretschmer évoque la constitution schizoïde, et Binswanger : la schizophrénie polymorphe pseudonévrotique. Dans les années 30, H. Claude décrit les schizonévroses qui évoluent par crises, avec un syndrome dissociatif peu marqué, sans perte du sens de la réalité. En 1942, Delmas-Marsalet décrit à Bordeaux des "formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie", et en 1949 Hoch et Polatin des formes pseudo-névrotiques

de la schizophrénie. Les dernières tendances dans ce domaine parlent de structures psychotiques non décompensées ou encore prépsychotiques.

Dans le champ de la psychanalyse, c'est l'introduction du concept de narcissisme qui sera essentiel (surtout dans ses apports de la période de 1914 à 1925). Le narcissisme désigne l'investissement de l'énergie psychique qui a pour objet le moi.

Nous disposons, dit Freud, d'une quantité d'énergie, qui est placée ou investie sur le monde et sur nous-mêmes. Mais cette réserve est limitée. Par conséquent, un investissement important consacré à la personne propre entraîne un retrait des forces attachées au monde extérieur. Ainsi la libido d'objet (ou investissement de la réalité) se trouve-t-elle en balance avec la libido du moi. Quand Freud assigne au narcissisme le corps comme objet, c'est en parlant d'un stade infantile où le rapport à la réalité n'est pas encore établi. Le narcissisme dit primaire ne se produit pas en même temps que l'investissement de la réalité ; il ébauche le modèle d'un premier objet d'amour, qui est le corps propre. L'unicité - la cohérence qu'il prête à cet objet - plus tard seulement pourra s'étendre aux objets de la réalité. Il est un état intermédiaire, à situer entre le stade où chaque organe jouit de soi-même, pour son compte, indépendamment des autres, et le stade où se constitue le principe de réalité.

Ainsi, trois formes d'amour de « soi-même » se succèdent : l'auto-érotisme, ou jouissance qu'une partie du corps prend à soi-même (l'ensemble du corps n'existe pas ; celui-ci est divisé, morcelé en territoires pulsionnels « partiels ») ; le narcissisme primaire, où le corps propre se constitue comme objet unique ; le narcissisme secondaire, où l'objet n'est plus un organe, ni même un ensemble d'organes, mais le moi, c'est-à-dire un système de liaison de représentations entre elles.

Les stades prégénitaux renseignent sur le fait que la sexualité infantile précoce est plus tournée vers l'autoérotisme que vers les objets mais que le narcissisme secondaire se construit dans toutes les situations où l'on observe un reflux sur le Moi de la libido objectale. Autrement dit, le narcissisme primaire se constitue après la naissance par la découverte des parties du corps perçues d'abord comme étrangères puis réunifiées en soi grâce aux identifications, à l'intégration des excitations diffuses, et aussi par le rôle que joue la mère comme limitation de ces excitations au moment des premiers instants des soins corporels, de l'alimentation, du bercement... C'est de la qualité de la rencontre de la mère à l'enfant que le sujet va pouvoir émerger psychiquement afin que puissent se transformer ces excitations pulsionnelles sur fond d'une confiance en l'autre et d'une sécurité.

Les post freudiens se sont surtout attachés à différencier ces personnalités des grandes structures de personnalités existantes ou à en souligner les aspects caractériels. En 1934, Deutch parle de personnalité « as-if » avec l'adoption de comportements mimiques. En 1938, Stern signalent chez ces sujets ni névrosés ni psychotiques, les sentiments d'insécurité et d'anxiété. Modell en 1963, attribue les caractéristiques du porc-épic aux états-limites (dormir assez près de ses congénères tout en leur évitant d'être piqué par ses piquants). Le travail de Kernberg en 1967 a apporté une large contribution au développement du concept. L'auteur suggère des caractéristiques de base : des mécanismes de défense archaïques caractérisés par le clivage (du Moi et de l'objet), un choix d'objet anaclitique et un maintien de l'épreuve de réalité avec l'incapacité à obtenir une identité stable.

### III. L'approche étiologique : biologique, psychosociale et sociale

Les études s'attachent à identifier de manière scientifique un certain nombre de données liées à la biographie et aux antécédents.

En ce qui concerne ce type de personnalité, certains traits semblent être « hérités » tels que l'impulsivité et l'instabilité thymique, ce qui fait le lien avec des anomalies sérotoninergiques. Chez les parents au premier degré, l'abus de substances toxiques et les personnalités se rattachant à l'ancienne psychopathie sont retrouvés régulièrement.

L'influence de facteurs psychologiques liés à des dysfonctions familiales est avancée, avec notamment des antécédents de traumatismes sexuels retrouvés dans certaines études chez près d'un quart des patients. Ce facteur n'est pourtant pas spécifique, les événements entraînant des séquelles psychiques chez des personnes qui présentent initialement une vulnérabilité. Les modifications du contexte socio-culturel de nos sociétés, de nos modèles identificatoires, des interactions intrafamiliales, les progrès des thérapies et la précocité des prises en charge, sont probablement à l'origine d'une croissance de ce type de trouble

#### IV. Une clinique peu spécifique

Les données sémiologiques semblent très hétérogènes, mais certains traits cliniques apparaissent cependant communs à plusieurs auteurs.

L'angoisse est le trait le plus constant. Elle se présente comme très labile, envahit parfois rapidement le sujet sans qu'il soit possible de préciser les circonstances de survenue.

Souvent on se trouve confronté à un patient qui présente des crises aiguës ou subaiguës d'angoisse, et qui vient chercher refuge à l'hôpital. A son admission, l'état est inquiétant par sa tonalité dépressive et persécutive, voire par des propos pseudo-délires, mais l'évolution est rapidement régressive dès lors que le patient se trouve à l'abri, et souvent sans traitement, ce qui rend compte de l'extrême labilité de ces états.

Pour Bergeret, il n'existe qu'une faible possibilité d'accéder au registre des symboles ou à la constitution délirante protectrice, d'où l'incontrôlabilité de l'angoisse. Ces sujets sont d'ailleurs particulièrement intolérants à l'angoisse.

La nature de cette angoisse est liée à la perte d'objet. Ce qui est décrit concerne généralement un sentiment d'abandon, et c'est ce qui amène la problématique de la relation à l'autre et à la perte d'objet comme centrale chez l'état-limite. Elle témoigne bien de l'impossibilité pour le sujet de vivre de manière nuancée et avec une assise narcissique suffisante sa relation à l'autre, autrement qu'en terme d'un autre nécessaire, qui doit toujours être là, suffisamment gratifiant au risque d'être vécu brutalement comme agressif et persécuteur. Ces patients vivent donc des relations tumultueuses en ressentant à la fois de la dépendance et de l'hostilité. Ces personnalités ne supportent pas la solitude ni l'abandon et préfèrent entretenir des relations fortes, conflictuelles et ambivalentes.

Cette forme d'angoisse n'est pas reliée à la crainte du morcellement, de la confusion entre le monde intérieur et extérieur, ni entre soi et autrui (angoisse psychotique). Ce n'est pas non plus une angoisse liée à la crainte d'une punition ou à des sentiments d'échec ou de culpabilité (angoisse névrotique).

Les symptômes dépressifs sont très fréquents.

Pour Bergeret c'est le trait central (dépression essentielle décrite en 1976). La dépression essentielle fait référence à la relation anaclitique à l'autre qui ne peut être perdue, ce qui explique la difficulté à faire un travail de deuil pour ces patients. Selon Green, cette dépression est "archaïque" en ce sens que le problème n'est pas celui du désir mais de l'objet. Les caractéristiques sont le sentiment de vide intérieur, de vacuité, d'ennui, de vécu pénible de solitude avec une connotation de dérégulation.

Les sentiments de culpabilité sont rares, et sont dirigés quand ils existent vers l'objet mais sans sollicitude véritable ou crainte de la destruction de celui-ci. Il s'agit plutôt d'un état de rage et de colère envers l'objet considéré comme inaccessible.

Le ralentissement psychomoteur est rare, et très labile quand il existe.

Le sentiment de vide n'est pas ici réactionnel à une perte d'objet mais se présente comme une modalité permanente, sans attache nette à un évènement réel ou fantasmatique. S'y rattachent souvent des sentiments d'irréalité ou de détachement de la réalité.

Le risque suicidaire est toujours très important, d'autant que la mise en acte est un moyen privilégié de dégagement des ces situations de débordement.

En réalité, la dépression recouvre la notion d'angoisse dépressive de perte d'objet.

La symptomatologie d'allure névrotique

Les symptômes de conversion hystérique paraissent plus durables, sévères et multiples dans le temps, parfois bizarres. Par ce langage corporel, c'est la manipulation et la composante agressive qui sont au premier plan, alors que ces sujets sont souvent étiquetés de simulateurs. On peut observer des épisodes aigus (amnésies, crises crépusculaires...), dans un contexte d'étrangeté et de détachement, sans réelle réalisation fantasmatique et érotisation de la conduite comme dans la névrose hystérique.

Les symptômes d'allure phobique sont très fréquents, évocateurs quand ils sont multiples et quand ils concernent le corps ou l'image du patient (ereutophobie, phobie du regard...) avec une tonalité persécutive fréquente. Il s'agit de conserver à tout prix une relation anaclitique avec l'objet rassurant. On aperçoit une oscillation des projections agressives et du besoin omnipotent de maîtrise de l'autre, avec celui de séduire pour assurer sa propre sécurité.

Les symptômes d'allure obsessionnelle font l'objet de rationalisations intenses, et d'une lutte anxieuse peu importante voire absente. Le retentissement paraît moins négatif sur le plan social que chez les névrosés qui sont eux plus rigides.

Les symptômes hypochondriaques sont plus rares et prennent l'aspect d'une angoisse nosophobique très invalidante, avec une tonalité persécutive et très rationalisée.

La symptomatologie d'allure psychopathique, du caractère et le passage à l'acte

La biographie est souvent émaillée de ruptures sentimentales, d'instabilité socio-professionnelle...

La relation à l'autre qui est marquée par la dépendance, se traduit en effet par une instabilité dans la vie sociale et affective avec un secteur relationnel basé sur la soumission à un partenaire en position parentale, vis-à-vis de lequel le sujet est en attente passive de gratifications et de recherche de relation exclusive. Cela entraîne des réactions ambivalentes et agressives dès la moindre frustration. Les conséquences d'un tel style relationnel sont de donner le sentiment d'une difficulté majeure d'adaptation, avec l'impossibilité de fonctionner dans un rôle donné.

Ce type de relation peut s'observer avec l'alcool et les toxiques, dans la recherche d'états d'élation, de plaisir idéalisé, dénués de tout sentiment de culpabilité ou d'échec. La problématique de la dépendance et des conduites addictives est repérable ici. Ces conduites s'effectuent dans un contexte impulsif, à la recherche de gratifications immédiates et témoignent de l'attachement à l'objet externe qui vient remplacer l'objet interne défaillant, afin de maintenir un lien narcissique.

Les actes auto-agressifs se caractérisent par leur caractère répété et par leur utilisation manipulateur et agressive vis-à-vis de l'entourage et du thérapeute. Cependant ils sont souvent sous-tendus par une impulsivité importante au moment où le sujet a l'impression d'avoir été abandonné par un objet vers lequel il s'était tourné dans un but de soutien et de stabilité.

Les conduites sexuelles déviantes ont un caractère chaotique et impulsif avec alternance de conduites homo ou hétérosexuelles, à la fois sadiques et masochistes. Les fantasmes de ces patients sont peu culpabilisés, crus, et agressifs.

Les passages à l'acte peuvent se manifester dans tous les domaines de la vie (professionnel, social, affectif...), et permettent une décharge directe des tensions sans possibilité de mentalisation ou de somatisation. Ils ont le plus souvent un caractère impulsif. On observe toujours un clivage entre une lucidité apparente lors de l'acte et la critique de ces mises en acte à posteriori, et une impossibilité d'élaboration de conduites qui puissent entraver la répétition de ces passages à l'acte.

La symptomatologie psychotique

Les épisodes psychotiques sont toujours brefs et leur nature critiquée par les malades, sans véritable délire ni trouble du cours de la pensée. Ils peuvent être favorisés par la prise de toxiques. On n'observe pas de caractère étrange du comportement, ni de méfiance comme on peut le voir chez le paranoïaque. Ces états peuvent se rattacher à un sentiment de dépersonnalisation.

Il est à noter que Rorschach dès les années trente, attira l'attention sur des patients qui apparaissaient normalement structurés, mais qui en situation de test, pouvaient ne pas se distinguer des patients psychotiques.

## V. Le point de vue des classifications

Dans le DSM IV (2), la personnalité borderline est caractérisée par : un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, et des affects, avec une impulsivité marquée qui apparaît dès le début de l'âge adulte et qui est présente dans des contextes divers.

Le critère 1 est constitué par : la présence *d'efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés* ; la perception d'une séparation ou d'un rejet... pouvant modifier le comportement, les cognitions, les affects, l'image de soi.

Ces sujets ressentent une peur intense d'être abandonnés ou une colère inappropriée ; ces peurs semblent liées à l'intolérance de la solitude.

Le critère 2 est : la présence d'un *mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation*.

Le critère 3 réside en : la *perturbation de l'identité avec une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi*.

Les sujets peuvent avoir le sentiment de ne pas exister du tout quand ils n'ont plus de soutien ou de support.

Le critère 4 comprend la manifestation de l'impulsivité dans au moins deux domaines dommageables pour l'individu (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).

Le critère 5 consiste en la *répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations*.

Le critère 6 est : *l'instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur*.

Le 7 est : la présence de *sentiments chroniques de vide* .

Le 8 comprend : *des accès de colère intenses et inappropriés ou une difficulté à contrôler sa colère*.

Le dernier critère inclut la *survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères*.

Ces traits de personnalité peuvent par ailleurs se retrouver dans la personnalité antisociale, la personnalité schizotypique, ou encore chez les paranoïaques selon le DSM. Sur l'axe I, il est signalé l'association avec : les troubles de l'humeur, les pathologies liés à l'utilisation d'une substance, les conduites alimentaires (boulimie), et enfin l'état de stress post-traumatique.

Dans l'ICD 10 (62), la personnalité borderline est un sous-type de la personnalité émotionnellement labile et coexiste avec le sous-type impulsif. Elle est caractérisée par : *les critères généraux de trouble de la personnalité, la présence d'au moins 3 des critères de la personnalité impulsive, avec :*

- les perturbations et les incertitudes concernant sa propre image, ses buts et choix personnels.
- la tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.
- des efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.
- des menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.
- un sentiment permanent de vide.

## VI. Quelques données psychodynamiques

### Les conceptions psychanalytiques

La plupart des auteurs font référence à un mode de fonctionnement qui se rattache à une organisation de la personnalité caractérisée par des mécanismes de défense particuliers contre l'angoisse.

A l'origine de ces troubles, certains (Kernberg, Widlocher) font l'hypothèse de frustrations précoces extrêmes pour l'enfant (après cependant la

différenciation soi-non soi), avec une surdétermination des pulsions agressives des « mauvaises » parties du soi, qui rend difficile l'union du bon et du mauvais objet, ainsi que l'union du soi et du non soi. Ainsi les bonnes et les mauvaises parties de l'objet vont demeurer activement clivées, ce qui va amener le sujet à passer brutalement de l'amour à la haine à propos d'un même objet.

Pour Bergeret, un premier traumatisme interviendrait à la phase anale et conduirait à une pseudo-normalité avec une relation à l'autre basée sur la dépendance et l'étayage. Une nouvelle décompensation surviendrait après un second traumatisme qui réactiverait une angoisse d'abandon et de perte. Cette décompensation se manifesterait surtout sur un mode dépressif, mais aussi sur un mode psychosomatique ou avec de nouveaux aménagements (pervers notamment).

#### Les mécanismes de défense

Le système des défenses est marqué par le clivage. Introduit par Freud en 1927, il fait référence à l'observation clinique de deux systèmes de représentations totalement opposés. Ce maintien du clivage rend compte des brusques passages d'un extrême à l'autre dans l'appréciation affective d'autrui, des jugements sans modulation possible et de l'instabilité dans différents secteurs.

Il porte sur l'objet qui est clivé en bon et mauvais, ce qui va permettre au sujet de ne pas se confronter à son ambivalence affective et à la souffrance dépressive qui en découle et qu'il ne peut assumer.

Il va permettre de lutter contre l'angoisse et contre l'incomplétude narcissique. Ainsi, l'organisation du moi de ces sujets apparaît constitué de deux secteurs : l'un concerne tous les objets qui ne sont pas susceptibles de réveiller la blessure narcissique et qui permet une bonne adaptation à la réalité. L'autre met en jeu des aspects de la réalité qui réactivent des positions narcissiques fragiles. Le clivage maintient séparés les bons et les

mauvais objets ainsi que les introjections et identifications conflictuelles, et protège le Moi, ainsi que le bon objet interne fragile.

L'idéalisation complète le clivage, et consiste à idéaliser les objets externes qui doivent apparaître comme parfaits et hors de portée de tout risque d'être détruits par l'agressivité du sujet ou des mauvais objets sur lesquels est projetée cette agressivité.

L'objet est alors paré de toutes les qualités, sans reconnaissance de l'agressivité à son encontre, ni culpabilité ou sollicitude. Il va permettre des identifications omnipotentes au sujet, et va pouvoir apporter des gratifications narcissiques directes. Les imperfections risquent de réactiver l'angoisse destructrice, et le sujet passera à un autre objet surcroît d'idéalisation. S'établit avec cet objet, une relation de dépendance, de soumission.

La dévalorisation des autres et de soi s'opère quand la perfection de l'objet idéalisé est remise en cause et le renverse en son contraire.

La projection a pour rôle d'externaliser les images de soi et d'objet totalement mauvaises, afin de ne pas menacer les bonnes images de soi et d'objet dont le clivage maintient activement la séparation.

L'identification projective est le rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, et l'introduction d'une partie ou de la totalité de soi ou d'images de soi dans l'objet afin de lui nuire, de le posséder et de le contrôler. Dans ce mécanisme, les limites entre le sujet et l'objet peuvent devenir floues, et l'objet devient rapidement persécuteur, d'où à nouveau le mécanisme d'idéalisation pour parer à cette menace.

Le déni se manifeste cliniquement dans le fait de mettre hors du champ de la conscience des perceptions, des pensées ou des sentiments contradictoires et incompatibles les uns avec les autres. Le patient, confronté à ses attitudes pourra les reconnaître sur le plan intellectuel uniquement; mais pas dans les actes.

Les mécanismes d'omnipotence et de dévalorisation sont complémentaires l'un de l'autre, et découlent d'opérations défensives déjà évoquées.

Si les objets externes ne se révèlent plus gratifiants ou protecteurs, on verra leur rejet dans une opération de dévalorisation qui démasque l'ambivalence profonde de ces sujets, et qui permet d'empêcher les objets de devenir persécuteurs, ou de se défendre de la crainte ou du besoin à l'égard d'autrui.

### La relation d'objet

Elle est marquée par l'anaclitisme (qui signifie « s'appuyer contre »). Il s'agit en fait d'être aimé de l'autre qui prend le caractère de la force, de la solidité en étant bien séparé de lui, mais en s'appuyant sur lui.

Les représentations d'objet se découvrent instables, incertaines. Le manque d'objet ne prend aucun sens, son absence ne pouvant donner lieu à aucune construction fantasmatique permettant d'associer à la perte une représentation qui en permet l'élaboration. La capacité à percevoir un objet total à la fois bon et mauvais et d'articuler l'amour et la haine n'est pas possible compte tenu du recours au clivage. Les personnalités limites ont donc tendance à percevoir l'autre de manière dichotomique. Les personnes sont vues soit comme des figures haïssables et sadiques qui les privent des impératifs de sécurité et les menacent d'abandon, soit comme des personnes attachantes. L'hostilité vis-à-vis de l'autre masque la peur de le perdre. L'autre massivement haï permet aussi d'assurer sa permanence en dépit des attaques dont il est l'objet. Cette projection de la haine permet de soulager le sujet et de conforter les limites du dedans et du dehors, entre sujet et objet. Les relations sont ainsi idéalisées ou dévaluées, source de dépendance ou de frustration.

Un élément central est donc constitué par l'incapacité d'élaborer la position dépressive avec la persistance d'une relation anaclitique. Des auteurs comme Bergeret ou Kernberg évoquent l'impact de traumatismes au stade pré-génital avec projection d'images rassurantes et destructrices à la fois sur

les premiers objets. D'autres (Mahler) mettent l'accent sur des manœuvres inconscientes de la mère au moment de la séparation-individuation, disqualifiant toute tentative d'émancipation et suscitant chez l'enfant des sentiments d'abandon, d'incapacité et de rage répétés.

Les conduites addictives avec l'élection de l'objet toxicomane (qui est un paradigme de l'objet transitionnel pathologique) peuvent s'expliquer ici. Les exemples de ces comportements sont nombreux (jeu pathologique, achats compulsifs, boulimie, certaines formes d'anorexie, les conduites sexuelles à risque, ...)

## VII. Quelques orientations pour la prise en charge

L'action institutionnelle va permettre un cadrage des différents niveaux d'intervention souhaitables.

L'hospitalisation aura pour premier but d'aider à surmonter la situation de crise, en réduisant l'angoisse. Elle est indiquée en cas de régression psychotique, de conflits familiaux graves, de danger de suicide, de risque de désorganisation sociale et bien sûr de dépression. Elles peuvent être de courte durée tout en restant thérapeutique.

Il apparaît essentiel pour l'équipe de soins d'être attentive au développement d'attitudes non discordantes vis-à-vis de ces patients dont les mécanismes de défense ont tendance à créer des tensions extrêmes dans l'équipe. Le patient a en effet tendance à provoquer l'équipe afin de la contrôler et il sera important de faire l'analyse avec le sujet de ses réactions violentes. Le cadre soignant va donc permettre de contenir des mouvements étonnants violents, et d'amener un espace sécurisant pour contrôler l'angoisse. L'action des soignants sera également d'essayer d'amener le sujet d'une position de soumission et de dépendance à celle d'une participation active.

Les traitements pharmacologiques ciblent surtout les anxiolytiques, tout en sachant que le risque de pharmacodépendance est grand pour ces

patients. En réalité devant le polymorphisme de la symptomatologie, toutes les classes thérapeutiques peuvent être utilisées, comme les antidépresseurs mais aussi les normothymiques qui pourront avoir un impact sur les fluctuations thymiques rapides ainsi que sur l'impulsivité ou les mouvements d'agressivité. Dans les formes graves (par exemple dans le cas de passages à l'acte à répétition), les neuroleptiques pourront être préconisés du fait de leur forte action anxiolytique et sédatrice, avec une adaptation des posologies.

Les aspects psychothérapeutiques sont fondamentaux

Les thérapies individuelles ont fait l'objet de nombreux travaux, notamment portant sur les difficultés dues aux passages à l'acte, mais aussi par la mise en place d'attitudes défensives.

Elles demeurent peu codifiables. Les principes sont l'idée d'une thérapie structurée et pas trop régressive, d'une thérapie qui ne se base pas seulement sur l'analyse des conflits inconscients et les désirs pulsionnels comme c'est le cas pour la cure analytique classique. C'est pour cela qu'il faut préconiser une cure aménagée. Il est utile de bien préciser la durée, la fréquence des séances. Globalement la prise en charge psychothérapeutique demeurera prudente et progressive, peu introspective pour certains, de manière à rester orientée sur la réalité, afin de contrôler au mieux les risques de rupture et de conflits.

En ce qui concerne la cure analytique, plusieurs auteurs dont Kernberg, ont proposé des aménagements pour faire face aux mécanismes d'identification projective mis en jeu. Ce même auteur parlait en 1979 des « intenses réactions affectives ... en rapport avec le transfert intense, chaotique et prématuré du patient ».

Stone propose d'allonger la phase de thérapie de soutien, et de travailler ensuite directement les réactions narcissiques dans le transfert.

Les données de la littérature laissent prévoir de la violence dans le transfert et des attitudes du côté du thérapeute difficile à gérer. Bergeret écrivait en 1974 : « l'analyste est ressenti comme frustrant et menaçant le malade... Le malade cherche donc à maîtriser son analyste sur un mode sadique et tout-puissant. Pour cela il fait habilement usage de la provocation : il arrive à déclencher des contre-attitudes agressives chez le thérapeute ». L'idée est de faire prendre conscience au patient du processus de clivage, mais dans un premier temps d'accepter un mécanisme d'idéalisation pour le thérapeute, en rapport avec la dénégation de l'agressivité, afin d'autoriser une première alliance. La levée en effet du processus de clivage s'accompagnera nécessairement d'une forte culpabilité, de dépression, et il faudra donc qu'elle se fasse à un moment où l'instauration d'une forte relation de confiance et la restauration nécessaire du narcissisme le permettent.

### BIBLIOGRAPHIE

Allilaire J.-F. *Les états limites*. EMC. 37395 A10

Bergeret J. *Les états limites et leurs aménagements*. Dans « Psychologie Pathologique ». Ed MASSON. 1994.

Guelfi J.D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R. *Les personnalités pathologiques*. Dans « Psychiatrie ». Ed PUF. Paris, 1987.

Gunderson J. *Historique, épidémiologie et aspects cliniques de l'organisation borderline de la personnalité*. Psychothérapie. 1989, 2 : 69-74.

Kaplan H.I. et Sadock B.J. *Les troubles des personnalités narcissiques et borderline*. Synopsis de psychiatrie. Ed Pradel. Paris, 1998.

Montrelay M. *Narcissisme*. Encyclopedia Universalis 2005. Version DVD ROM.

Paris J. *Borderline personality disorder*. CMAJ. June 7, 2005, 172 (12) : 1579-1583.

Scharbach H. *Historique du concept état limite*. Ann. Méd. Psychologique. 1993, 151, 3 : 280-284.