

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^o CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANICK VIAU

L'AUTODESTRUCTION PAR LA SEXUALITÉ
CHEZ LES FEMMES ÉTATS LIMITES

JUIN 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'autodestruction par la sexualité chez les femmes états limites

PAR

Anick Viau

Suzanne Léveillé, directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, évaluatrice Université du Québec à Trois-Rivières

Pascal Hains, évaluateur externe Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Essai déposé le 02-06-2010

Sommaire

Selon Rickards et Laaser (1999), plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène des comportements autodestructeurs. Cependant, les études mettant en lumière le lien entre le trouble de la personnalité limite et la dépendance sexuelle sont presque qu'inexistantes selon eux.

Dans le cadre de notre travail, une revue de la littérature a été effectuée à l'aide de théories et d'études empiriques afin d'arriver à une meilleure compréhension de ce phénomène. Premièrement, Bergeret (1985; 2004) et Kernberg (2004) nous ont permis de comprendre qu'un traumatisme psychique vient entraver le développement psychique normal de l'enfant le menant ainsi à développer une personnalité état limite. Millaud (2009) ajoute que ce même traumatisme vient aussi entraver le processus de mentalisation amenant la personne à agir plutôt que d'utiliser l'élaboration psychique. Ensuite, certains auteurs (Hurlbert, Apt & White, 1992; Montaldi, 2002; Rickards & Laaser, 1999; Valenti, 2002) suggèrent que les comportements sexuels problématiques de certaines femmes états limites comblent des besoins affectifs plutôt que des besoins sexuels. Selon eux, ces comportements ont comme fonctions de valider le Moi, de procurer une gratification immédiate, de combler un besoin d'amour et un sentiment de

vide, d'améliorer l'estime de soi et de résoudre un traumatisme psychique en procurant un sentiment de contrôle et une identité et en permettant d'évacuer de la rage.

Suite à l'analyse de ces éléments, il nous a été possible de faire le lien entre un traumatisme sexuel durant l'enfance, la personnalité état limite, un défaut de mentalisation ainsi que des comportements sexuels problématiques à l'âge adulte selon une approche psychodynamique.

Table des matières

Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
Compréhension du trouble état limite.....	5
L'état limite selon Bergeret.....	5
Le traumatisme.....	7
La faiblesse du Moi.....	9
L'organisation limite selon Kernberg.....	11
Le traumatisme.....	12
La faiblesse du Moi.....	13
Le traumatisme psychique de l'état limite.....	14
Définition de l'abus sexuel.....	15
Ampleur du phénomène.....	17
Les conséquences de l'abus sexuel à l'âge adulte.....	20
Différents paramètres de l'abus sexuel chez les états limites.....	21
Limites des études portant sur l'abus sexuel.....	25
L'agir chez l'état limite.....	26

Compréhension des comportements sexuels problématiques chez l'état limite	29
Ampleur du phénomène	29
Les fonctions des comportements sexuels problématiques chez les états limites	30
La validation du Moi	31
La gratification immédiate	32
La recherche d'amour	34
L'estime de soi	34
Un sentiment de vide et l'autodestruction.....	37
La résolution d'un traumatisme sexuel	39
A. Un sentiment de contrôle.....	40
B. La recherche d'identité.....	41
C. Un sentiment de rage	42
Limites des études portant sur les comportements sexuels problématiques des états limites.....	44
Discussion	45
Premier objectif.....	46
Deuxième objectif.....	47

Liens entre un traumatisme sexuel, la personnalité état limite, un défaut de mentalisation et des comportements sexuels problématiques.....	50
Conclusion	53
Futures études	55
Références	57

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la contribution de madame Suzanne Léveillé, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a assuré la direction de ce travail avec beaucoup de disponibilité. De plus, l'enseignement de ses connaissances m'a permis de toujours pousser plus loin mes réflexions. J'ai beaucoup appris à travers ce travail. Aussi, je tiens à remercier mes proches et mes amis pour leur soutien et plus particulièrement Dominic, pour sa compréhension et ses encouragements.

Introduction

L'autodestruction fait partie du trouble de la personnalité limite (TPL)¹. Dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), nous retrouvons neuf critères diagnostiques associés au TPL. Deux de ces critères sont liés à des comportements autodestructeurs. Le cinquième critère comprend la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations, tandis que le quatrième critère englobe les comportements sous l'influence de l'impulsivité qui sont potentiellement dommageables pour l'individu. Les comportements inclus au niveau du quatrième critère peuvent être des dépenses excessives, des comportements sexuels à risque, de la toxicomanie, de la conduite automobile dangereuse et des crises de boulimie. Il semble donc que des comportements sexuels problématiques chez les personnes souffrant d'un TPL soient associés à de l'autodestruction.

Dans le cadre de notre travail, nous nous pencherons sur la compréhension des comportements sexuels problématiques des femmes états limites. Cet intérêt s'est développé pour plusieurs raisons. Premièrement, la prévalence du TPL est importante. Elle varie de 0,2% à 2,9% de la population selon Lesage (2007) et atteint jusqu'à 5,9% selon l'étude de Grant et al. (2008). Aussi, ce trouble se retrouve majoritairement chez

¹ Afin de ne pas alourdir le texte, l'abréviation TPL sera utilisée en remplacement du trouble de la personnalité limite.

les femmes (75%) (American Psychiatric Association, 2003). Pour ce qui est du choix des comportements, il existe peu d'études à ce jour en lien avec la compréhension des comportements sexuels problématiques chez les personnes souffrant d'un TPL. D'ailleurs, Rickards et Laaser (1999) expliquent que plusieurs auteurs se sont penchés sur la question des comportements autodestructeurs. Par contre, les études sur la relation entre le TPL et des comportements sexuels problématiques s'exprimant par de la dépendance sexuelle sont presque inexistantes selon eux. L'intérêt de ce travail porte sur la compréhension du lien entre la personnalité état limite chez les femmes et des comportements sexuels problématiques s'exprimant par de la dépendance sexuelle ou par de l'impulsivité sexuelle.

Ainsi, notre travail débute, dans un premier temps, par l'élaboration des objectifs ainsi que par la formulation des questions principales. Dans un deuxième temps, une brève définition de la problématique état limite est donnée selon l'approche psychanalytique de Bergeret (1985, 2004) et de Kernberg (2004). Dans un troisième temps, nous présentons une définition ainsi qu'une compréhension du traumatisme sexuel et de l'agir chez l'état limite. Enfin, il est question de la compréhension de la fonction sous-jacente de certains comportements sexuels problématiques chez les femmes états limites. Finalement, une discussion est élaborée afin de permettre une meilleure compréhension des différentes problématiques entourant la sexualité des femmes états limites.

Contexte théorique

Par notre travail, nous visons deux objectifs principaux. Le premier objectif réfère à la compréhension du lien unissant la problématique état limite chez la femme et les comportements sexuels problématiques s'exprimant par de la dépendance sexuelle ou par de l'impulsivité sexuelle. Plus précisément, il est possible de se demander s'il y a comorbidité entre de la dépendance sexuelle ou de l'impulsivité sexuelle et la personnalité état limite chez les femmes ou encore, si ces comportements sexuels font davantage partie de la dynamique de leur personnalité. Le deuxième objectif de notre travail est la compréhension de la fonction des comportements sexuels chez les femmes états limites. Est-ce qu'il se pourrait que les comportements sexuels problématiques des femmes états limites s'expriment par de l'autodestruction?

COMPRÉHENSION DU TROUBLE ÉTAT LIMITE

Dans la prochaine section, nous présenterons la définition du terme état limite en lien avec leur traumatisme psychique et la faiblesse de leur Moi selon les travaux de Bergeret et de Kernberg.

L'état limite selon Bergeret

Selon Bergeret (1985, 2004), il existe un fonctionnement mental ne correspondant pas à la structure névrotique, ni à la structure psychotique. Ce

fonctionnement psychique, ayant fait l'objet de plusieurs débats au niveau de sa nosologie, est considéré de nos jours comme une entité indépendante. Sa position structurelle se situe à la limite des deux grands pôles névrotique et psychotique d'où son appellation : état limite ou aménagement limite. De plus, puisque cette entité psychique manque de stabilité et de fixité, il n'est pas envisageable de la considérer comme une structure de la personnalité en soi. Selon Bergeret (1985), ce fonctionnement psychique serait une astructuration de la personnalité. Pour arriver à une structure de personnalité stable, l'enfant se doit de passer par différentes étapes. Premièrement, le Moi se différencie de celui de la mère pour se retrouver dans un état d'instabilité sans structure. Par la suite, l'enfant développe petit à petit son autonomie à l'aide de conflits, de pulsions, de frustrations et de la réalité pour finalement aboutir dans une véritable structure.

Une structure véritable et stable est une structure invariable, c'est-à-dire qu'il est impossible de changer l'organisation de base de la personnalité d'un individu suite à sa formation. Selon Bergeret (1985), durant la période de l'adolescence, la structure de la personnalité se forge pour devenir stable à travers le temps. Cependant, l'état limite demeure dans une astructuration, car un traumatisme affectif vient entraver son développement psychique.

Le traumatisme

Sans de trop grandes frustrations, ni de fixations importantes en lien avec de mauvaises relations avec l'image maternelle, le Moi de l'état limite semble avoir échappé à la préorganisation psychotique et à sa possible régression. Or, un traumatisme important de nature affectif (un émoi pulsionnel intense) vient interférer avec le déroulement normal du complexe d'Oedipe et empêche l'atteinte de la lignée névrotique. Au début de l'Oedipe, l'enfant subit un événement désorganisateur à un moment jugé précoce. Plusieurs événements de l'environnement peuvent être traumatiques dont une tentative de séduction sexuelle de la part d'un adulte. Puisque son Moi est trop inorganisé et immature, l'enfant n'est donc pas en mesure au moment du traumatisme de faire face à la situation. Cette entrée brutale dans la situation œdipienne empêche l'enfant de gérer la relation triangulaire et génitale avec ses objets de manière adéquate comme il en aurait été capable plus tard dans son développement psychique. Alors, il est incapable de s'appuyer sur l'amour de ses parents durant le complexe d'Oedipe et d'utiliser le refoulement afin d'éliminer de sa conscience l'excès de ses tensions sexuelles et agressives. Il utilise alors des mécanismes de défense plus archaïques : l'évitement, la forclusion², les réactions projectives et le clivage.

Ainsi, l'évolution psychique de l'état limite est arrêtée et figée pour une durée indéterminée dans une sorte de pseudo-latence. Selon Bergeret (1985, 2004), le tronc

² Selon Lacan (cité dans Laplanche & Pontalis, 1967), la forclusion consiste en un manque de symbolisation.

commun des états limites est ainsi conçu. L'évolution normale de l'enfant est interrompue par un traumatisme psychique désorganisateur précoce dans une période rapprochée du complexe d'Oedipe. L'enfant se retrouve alors dans une période de pseudo-latence précoce indéfinie.

Certaines personnes peuvent vivre une décompensation à un moment de leur vie. Cet événement peut se produire à la période de sénescence, à la suite d'une blessure narcissique ou encore, suite à un deuxième traumatisme (Bergeret, 1985, 2004). Le premier comme le deuxième traumatisme peuvent être remplacés par des microtraumatismes répétés et rapprochés menant aux mêmes effets qu'un seul traumatisme. À la suite d'un deuxième traumatisme de cause externe (post-partum, mariage, deuil, accident, séparation, bouleversements sociaux), une crise d'angoisse aiguë survient et bouleverse l'aménagement imparfait du Moi. La personne état limite devient alors dans l'urgence de se trouver des mécanismes de défense plus efficaces puisque les siens ne sont plus suffisants. La personne état limite dispose à partir de ce moment de trois voies possibles. La voie névrotique est prise si le Surmoi se montre assez consistant pour se lier à la partie saine du Moi contre les pulsions du Ça en permettant à l'Oedipe d'être atteint. La voie psychotique, quant à elle, est empruntée lorsque le Moi adapté est rejeté par des pulsions trop intenses. Et finalement, la voie psychosomatique peut être priorisée si les manifestations mentales se sont déssexualisées, désinvesties et autonomisées (Bergeret, 1985, 2004).

Certaines personnes états limites peuvent vivre toute leur vie avec cet aménagement instable. Ces personnes réussissent à se maintenir dans cette situation inconfortable toute leur vie sans décompenser. Dans ce cas, l'évolution du tronc commun se poursuit et s'achemine vers deux aménagements plus stables soit l'aménagement caractériel³ ou l'aménagement pervers⁴.

La faiblesse du Moi

L'aménagement limite est formé de deux secteurs opérationnels du Moi. Plutôt qu'un éclatement du Moi, le clivage du Moi apparaît chez l'état limite (Bergeret, 1985). Selon Freud (cité dans Bergeret, 1985), le Moi est clivé et développe deux fonctions particulières. D'un côté, il joue un rôle adaptatif dans tout le champ relationnel lorsqu'aucune menace ne vient mettre en danger son narcissisme. De l'autre côté, lorsqu'une menace de perte d'objet est perçue par l'individu, le Moi est anaclitique. Ces deux côtés assurent une certaine sécurité à l'état limite qui est massivement dépendant des variations de la réalité extérieure et de la distance qui le sépare des objets. Le Moi utilise ainsi ces rôles avec un certain degré de fluctuation.

³ L'aménagement caractériel se caractérise par la mise vers l'extérieur de l'angoisse de dépression à l'aide de formations réactionnelles. Le caractériel lutte contre la perte de l'objet et est mieux adapté à la réalité que le pervers.

⁴ L'aménagement pervers permet l'évitement de l'angoisse de dépression par le déni d'une partie seulement du réel : le sexe de la femme. Le pervers lutte contre la castration phallique et la dépression.

Les personnes états limites ont besoin de se faire aimer et aider des deux figures parentales. L'objet ne représente pas un parent œdipien, ni une mère schizophrénique comme dans les deux structures névrotique et psychotique. Les figures parentales sont asexuées et représentent une image de puissance. Les personnes états limites demeurent dans une relation d'objet prégénitale principalement anaclitique. Elles ressentent un besoin excessif de compréhension, de respect, d'affection et de soutien de la part de l'objet (Stern cité dans Bergeret, 1985).

L'angoisse de l'état limite est celle d'abandon. Cette angoisse surgit lorsque l'état limite vit ou perçoit la perte de l'objet. Le sujet investi sa relation comme étant un espoir de sauvetage dans le futur pour un passé malheureux. Il est donc logique que la perte de son objet anaclitique le pousse à sombrer dans la dépression, voire même vers le suicide.

Dans l'aménagement limite, certains aspects œdipiens sont acquis, et cela, même si l'Oedipe n'est pas organisateur pour le développement psychique. Cependant, le degré des acquis œdipiens dépend de l'intensité de l'affect au moment du premier traumatisme désorganisateur et de l'intensité relative du mode de réception de cet affect, c'est-à-dire, du degré d'immaturation du Moi et des moyens dont il dispose lors du traumatisme.

Le Surmoi n'est pas complètement acquis chez l'état limite puisque ce dernier découle de la résolution du complexe d'Oedipe. Selon Bibring (cité dans Bergeret,

1985), il y a une régression préoedipienne vers un Idéal du Moi qui se produit par la peur des conditions oedipiennes survenues trop précocement au sein d'un Moi immature. Les premiers éléments surmoïques sont donc éloignés pour augmenter l'imposition de l'Idéal du Moi. Un échec pour un individu d'aménagement limite n'est donc pas vécu avec de la culpabilité comme chez le névrotique, mais plutôt vécu avec une honte ou un dégoût de soi-même. Cet échec peut même le mener à des affects dépressifs. Le sujet état limite lutte à l'aide de son Idéal du Moi contre la dépression.

L'organisation limite selon Kernberg

Selon Kernberg (2004), le développement du Moi se fait par la synthèse des identifications et des introjections dans une identité stable. L'internalisation des objets se fait en deux étapes selon cet auteur. Premièrement, l'individu doit faire la différenciation entre ses images du Moi et celles de ses objets. Cette différenciation est à la base des premières introjections et des premières identifications. Cependant, la différenciation doit se faire selon une gratification et une frustration modérées des besoins primaires. Une gratification excessive peut retarder la différenciation entre le Moi et ses objets et une frustration excessive des besoins primaires, surtout oraux, est probablement la principale cause d'un défaut de la différenciation entre le Moi et ses objets. Une frustration excessive influence la refusion du Moi et de ses objets par tentative d'une gratification absolue. Deuxièmement, les images contradictoires du Moi et celles de ses objets doivent être intégrées ensemble. Les images partielles du Moi et de ses objets doivent s'intégrer en un objet total. Pour Kernberg (2004), l'organisation limite est

stable à travers le temps contrairement à l'instabilité retrouvée au niveau de l'astructuration limite selon Bergeret (1985).

Le traumatisme

Kernberg (2004) souligne qu'un traumatisme influence le type de personnalité d'un individu. Il propose qu'une histoire d'agression intense et de frustrations extrêmes durant les premières années de la vie est fréquente chez les personnes états limites. Une agression dans les phases prégénitales, particulièrement une agression au stade oral, peut être projetée et peut causer une distorsion paranoïde des images parentales, spécialement celle de l'image maternelle. Par la projection de pulsions orales-sadiques et aussi, anales-sadiques, l'image maternelle est perçue comme étant potentiellement dangereuse. Ensuite, la haine ressentie face à l'image maternelle s'étend à la haine des deux figures parentales. Tout d'abord, l'agression est projetée sur l'image maternelle pour ensuite, contaminer l'image paternelle par manque de différenciation entre les deux figures parentales. Ainsi, une image maternelle-paternelle dangereuse est générée. Par la suite, les pulsions sexuelles sont perçues comme étant dangereuses et infiltrées d'agressivité.

Chez la fille, une agression sévère au stade oral influence prématurément son entrée dans l'œdipe. Pour contrecarrer ses besoins oraux-dépendants qui sont frustrés par l'image maternelle prégénitale dangereuse, la fille ressent des pulsions sexuelles envers la figure paternelle afin d'obtenir une certaine gratification. Cependant, cette gratification n'est pas obtenue puisque l'image du père est contaminée par celle de la

mère prégénitale dangereuse. L'oedipe est alors vécu sous l'influence de la rage orale. L'agressivité infiltre les enjeux oedipiens. La fille ayant vécu une agression sévère au stade oral ne recherche pas la séduction par l'image paternelle. L'image paternelle est plutôt reliée à de la dépendance. L'image du père et celle de la mère ne sont pas différenciées et font vivre une frustration orale à la fille. La figure paternelle ne satisfait pas son besoin de dépendance tandis que la figure maternelle ne lui permet pas de s'identifier à elle. La fille recherche ensuite des relations interpersonnelles lui permettant de satisfaire ses besoins oraux non comblés. Souvent, la promiscuité est utilisée comme solution à ce manque.

La faiblesse du Moi

Selon Kernberg (2004), durant la première année de vie, les objets sont internalisés de manière clivée en bon ou en mauvais objet interne en lien avec la faiblesse du Moi de l'individu à cette période. Par la suite, le Moi émergent utilise le clivage comme mécanisme de défense afin de prévenir la généralisation de l'anxiété et afin de protéger les introjections positives du Moi. Le clivage protège l'individu de ses conflits intrapsychiques par la dissociation ou le déni. L'anxiété est donc prévenue tant que le clivage perdure. Cependant, la cristallisation de cet état dans une identité stable peut se faire et ainsi, créer un problème d'identité diffuse.

Au niveau de l'organisation limite, il existe un défaut majeur dans la capacité de synthétiser les introjections et les identifications positives et négatives. Ce défaut est

influencé par une incapacité à tolérer l'anxiété. Le clivage permet à l'état limite de prévenir la diffusion de l'anxiété dans le Moi en protégeant les introjections et les identifications positives. Le clivage est à la base des autres mécanismes de défense utilisés par l'état limite: l'idéalisation, la projection, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Bref, le clivage est la principale cause de la faiblesse du Moi.

Finalement, on constate que Bergeret (1985, 2004) et Kernberg (2004) proposent une certaine vision commune du développement psychique des états limites. Ces auteurs proposent qu'un traumatisme psychique vient désorganiser le développement psychique de ces personnes. Par contre, le traumatisme ne survient pas au même moment selon eux. Bergeret (1985, 2004) suggère un traumatisme psychique prégénital se rapprochant du complexe d'oedipe tandis que Kernberg (2004) propose qu'il se produit plus particulièrement au niveau du stade oral.

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE DE L'ÉTAT LIMITE

Bergeret (1985, 2004) et Kernberg (2004) suggèrent qu'un traumatisme vient désorganiser l'évolution psychique normale de l'enfant. Comme mentionné précédemment, Bergeret (1985, 2004) propose même que ce traumatisme soit de nature sexuel. Il devient donc pertinent d'investiguer ce type de traumatisme. Pour ce faire, nous aborderons l'abus sexuel vécu par certains enfants. Ces traumatismes sexuels semblent jouer un rôle important au niveau du développement de la structure de la

personnalité. Toutefois, il importe de souligner que Bergeret (1985, 2004) évoque la notion de traumatisme au sens affectif alors que la plupart des études ayant été effectuées sur le sujet et présentées dans le cadre de ce travail font référence à un traumatisme sexuel de nature physique.

Au cours de la prochaine section, nous aborderons différentes définitions de l'abus sexuel, l'ampleur de ce phénomène, les conséquences de l'abus sexuel à l'âge adulte, les différents paramètres de l'abus sexuel chez les états limites ainsi que les limites des études portant sur l'abus sexuel.

Définitions de l'abus sexuel⁵

Avant tout, il est important de bien définir ce qu'est un abus sexuel puisque sa définition peut prendre plusieurs formes. D'ailleurs, on retrouve ce problème dans les études lorsque l'on tente de les comparer entre elles. Les définitions ne sont pas uniformes dans les études. Une des définitions possibles de l'abus sexuel est celle apportée par l'Association des Centres jeunesse du Québec en 2000 (Couture & Tessier, 2007) : «Un abus sexuel est un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique,

⁵ L'abus sexuel est un sous-type de traumatisme sexuel. Il représente un traumatisme sexuel de nature physique.

alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle».

Selon l'approche psychodynamique, il est important de souligner qu'un traumatisme sexuel n'est pas nécessairement que physique (Ferenczi, 2006). Bergeret (1985; 2004) et Kernberg (2004) considèrent aussi cet aspect lorsqu'ils abordent la notion de traumatisme psychique. Un traumatisme peut être purement physique, mais aussi purement psychique ou encore, physique et psychique (Ferenczi, 2006). Ainsi, selon Ferenczi (2006), le traumatisme découle surtout de la menace extérieure perçue. Le traumatisme est engendré par un événement imprévu, inattendu et insupportable dont la victime ne peut en saisir le sens. Un grand déplaisir est causé par la soudaineté du traumatisme psychique, à un point tel, qu'il devient impossible pour la victime de voir la réalité future dans un sens favorable. La conséquence immédiate d'un traumatisme est l'angoisse qui provient du sentiment d'incapacité à s'adapter à une situation de déplaisir. Une soupape devient alors nécessaire et l'autodestruction permet cette délivrance.

Selon Ferenczi (2006), le traumatisme serait une réaction à une excitation extérieure ou intérieure qui modifie le Moi par la destruction partielle ou totale, sans dissolution, du Moi précédent. Un «nouveau Moi» est alors formé à partir de la fragmentation du précédent. La force relative de l'excitation insupportable influence le degré et la profondeur de la fragmentation du Moi. Le caractère pénible de l'excitation diminue suite à l'élimination de la conscience d'une partie du Moi, ce qui permet à la

partie du Moi demeurée intacte de se rétablir plus rapidement. Bref, la fragmentation permet de faire l'économie du déplaisir en séparant des éléments qui ensemble, seraient difficilement supportables psychiquement. La fragmentation permet de survivre au traumatisme. Une partie du Moi de la personne continue de vivre et de se développer tandis que l'autre partie est latente. Cependant, cette dernière se réactive lors de situations qui réactivent le traumatisme. La remémorisation du traumatisme n'est ainsi pas toujours possible. Cela dépend du niveau de consolidation du Moi.

Ampleur du phénomène

Plusieurs études ont démontré la présence d'un passé d'abus sexuel chez les individus souffrant d'un TPL⁶. Selon Zanarini (2000), la prévalence de l'abus sexuel chez les adultes présentant un TPL est de 40% à 76%. Selon Herman, Perry et van der Kolk (1989), 81% des personnes souffrant d'un TPL de leur étude rapportent des traumatismes majeurs durant leur enfance. Dans 67% des cas, ces traumatismes sont des abus sexuels. De plus, Zanarini, Dubo, Lewis et Williams (1997) suggèrent que les abus et la négligence sont significativement plus présents chez les personnes souffrant d'un TPL en comparaison à celles présentant un autre trouble de la personnalité.

⁶ Les études présentées dans cette section utilisent le terme «trouble de la personnalité limite», car elles se basent sur les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) afin de définir leurs sujets. Bergeret (1985), quant à lui, donne une définition selon une approche structurale. Il parle d'ailleurs de structures et d'une astructuration de la personnalité plutôt que d'un trouble de la personnalité d'où ses appellations «astructuration limite», «état limite» et «aménagement limite». Kernberg (2004) aussi utilise ce genre de nomination en utilisant le terme «organisation limite».

En plus de la forte prévalence, lorsqu'une comparaison est effectuée au niveau du sexe, Herman, Perry et van der Kolk (1989) expliquent que les femmes sont davantage abusées sexuellement que les hommes. Il n'est pas étonnant d'obtenir ces résultats puisqu'elles obtiennent davantage le diagnostic du TPL que les hommes. Il existe une prévalence de 60% à 80% des femmes ayant un TPL chez lesquelles on retrouve un abus durant l'enfance et plus particulièrement un abus sexuel (Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Ogata & al., 1990). Plusieurs études ont démontré qu'une relation existe entre le sexe de la victime et la probabilité d'un abus sexuel. Les femmes sont plus à risque de vivre de la violence sexuelle (Cappellari, Eckenrode & Powers, 1993; Tilelli, Turek & Jaffe, 1980). D'ailleurs, les filles sont deux à trois fois plus à risque d'être victime d'un abus sexuel (Finkelhor cité dans Herman, Perry & van der kolk, 1989). Plus précisément, lorsque les femmes qui présentent un TPL sont interrogées, elles rapportent plus d'abus physiques et sexuels durant l'enfance que les hommes selon Herman, Perry et van der kolk (1989). Puisqu'un passé d'abus dans l'enfance est un important facteur prédisposant pour le développement d'un TPL, il est possible de croire que les femmes sont plus à risque de développer ce trouble suite à un abus sexuel.

Malgré le fait que nous observons une forte association entre le traumatisme dans l'enfance et la personnalité limite, Herman, Perry et van der Kolk (1989) précisent qu'il n'y a pas lieu de croire à une relation de cause à effet. D'ailleurs, la majorité des victimes d'abus sexuel ne développent pas un trouble de la personnalité à l'âge adulte

(Browne & Finkelhor, 1986 ; Herman, Perry & van der Kolk, 1989). Malgré qu'il n'y ait pas de cause à effet entre l'abus sexuel et le TPL, Herman et van der Kolk (cités dans Paris & Zweig-Frank, 1992) suggèrent que l'abus sexuel soit un facteur étiologique du développement du TPL. D'ailleurs, ces auteurs mentionnent que le TPL et le syndrome post-traumatique seraient un seul et même trouble. Selon certaines études, l'abus sexuel est le seul facteur discriminant un groupe composé de personnes ayant un TPL d'un groupe de comparaison (Ogata & al., 1990; Paris, Zweig-Frank & Guzder, 1994). Cependant, il est important de garder en tête que d'autres facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle au niveau de l'influence de l'abus sexuel sur le développement d'un TPL (Paris & Zweig-Frank, 1992).

En contradiction avec ces études, Salzman et al. (1993) démontrent que seulement 19% à 20% des personnes ayant un TPL ont un passé d'abus sexuels. Cependant, il est important de noter que leur étude s'est déroulée auprès de personnes ayant un TPL avec des symptômes allant de légers à modérés⁷. Les individus ayant subi une hospitalisation dans le passé et ayant eu des comportements suicidaires ou automutilatoires depuis les quatre dernières années ont été exclus de leur étude. Or, les auteurs amènent l'hypothèse selon laquelle un abus sexuel ne mènerait pas seulement vers un diagnostic du TPL mais vers un trouble sévère de la personnalité limite. Selon la revue de littérature de Browne et Finkelhor (1986), seulement le quart des personnes

⁷ Salzman et al. (1993) ne définissent pas la sévérité des symptômes des participants de leur étude. Il est donc difficile de bien distinguer les différentes catégories des symptômes présentés.

ayant un passé d'abus sexuel auront des séquelles à long terme. Ils suggèrent aussi que plus l'abus sexuel est sévère, plus l'individu est à risque de développer une psychopathologie. D'ailleurs, selon l'étude de Mitton, Links et Durocher (1997), les personnes ayant un TPL avec un passé d'abus sont davantage dysfonctionnelles que celles n'ayant pas été abusées. Paris et Zweig-Frank (1992) vont dans le même sens en suggérant que l'abus sexuel engendre un sous-groupe du TPL et non le trouble au sens large.

Les conséquences de l'abus sexuel à l'âge adulte

Il est possible de constater des conséquences négatives chez la victime d'abus sexuel à l'âge adulte (Browne & Finkelhor, 1986). Chez les victimes d'abus sexuel, nous retrouvons fréquemment à l'âge adulte de l'impulsivité, des comportements autodestructeurs, de l'abus de substances, une diffusion de l'identité, une faible estime de soi, le sentiment d'être rejeté, des symptômes dépressifs, une humeur instable, des problèmes au niveau de l'intimité ainsi qu'une tendance à de la revictimisation sexuelle. De plus, au niveau de la sphère relationnelle, l'abus sexuel suscite des représentations objectales malveillantes chez les personnes ayant un TPL qui se répercutent dans leurs relations interpersonnelles à l'âge adulte (Nigg & al., 1991). Il est ainsi possible de constater la possibilité de relier ces conséquences au TPL tel que défini par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), surtout lorsque nous abordons les effets à long terme d'un abus sexuel dont les comportements autodestructeurs, les difficultés

relationnelles ainsi que des difficultés au niveau de la sexualité (Browne & Finkelhor, 1986).

Le lien entre le TPL et l'abus sexuel semble logique puisque certaines conséquences de l'abus sexuel sont reliées aux critères de ce trouble. De plus, des études démontrent que les personnes ayant un TPL présentent les symptômes d'un traumatisme sévère et répétitif dont ceux de l'abus sexuel (Stone, 1990). Ogata et al. (1990) soutiennent qu'un événement extrêmement traumatique peut empêcher la victime d'abus sexuel de développer la capacité de gérer ses émotions.

Différents paramètres de l'abus sexuel chez les états limites

Différents paramètres semblent jouer un rôle important dans la manière dont l'abus sexuel influence le développement de la personnalité. Dans cette optique, nous explorons, dans la prochaine section, le type et le nombre d'abuseurs sexuels, la durée de l'abus sexuel, l'âge de la victime lors de l'abus sexuel, le fait d'avoir subi une pénétration durant l'abus sexuel et enfin, la dissociation au moment de l'abus sexuel.

Tout d'abord, selon certains auteurs, les femmes ayant un TPL sont davantage abusées par un membre de leur famille (Laporte & Guttman, 2001; Murray, 2005; Wilkins & Warner, 2001). Selon Barnard et Hirsch (1985), l'inceste et ses séquelles jouent un rôle définitif dans la pathogenèse des femmes ayant un TPL. De plus, selon Stone (1990), les expériences incestueuses tendent vers la pathologie lorsqu'elles ont été

vécues avec une transgression de génération, avec l'utilisation de la force, de manière chronique et qu'elles se produisent à un moment où l'encodage est possible dans la mémoire de la victime. Souvent, lorsque ces conditions sont présentes, certaines caractéristiques comme une sexualité compulsive, l'impulsivité, une propension vers des relations interpersonnelles impliquant la violation des barrières individuelles, le sadomasochisme, une jalousie extrême, l'abus d'alcool et de drogues et un sentiment d'être une personne rejetée déforment la personnalité de la victime. Contrairement à ces auteurs, certains croient que les femmes ayant un TPL sont davantage abusées par des inconnus (Fossati, Madeddu & Maffei, 1999; Paris & Zweig-Frank, 1997).

Malgré ces résultats, Browne et Finkelhor (1986) croient qu'il n'est pas nécessaire de différencier ces deux types d'abuseurs. Selon eux, les conséquences de l'abus ne sont pas plus dommageables au niveau psychologique lorsque l'abus sexuel se fait par un proche ou par un inconnu. Malgré que la victime vit une trahison lorsque l'abuseur a un lien affectif avec elle, le fait de vivre un abus par un étranger implique davantage de peur.

La revictimisation par de multiples abuseurs est un facteur de risque du TPL selon les études de Paris et Zweig-Frank (1997) et d'Ogata et al. (1990). De plus, des abus multiples sont particulièrement en lien avec un TPL sévère (Laporte & Guttman, 2001; Zanarini & al., 1999).

Au niveau de la durée de l'abus, un abus sexuel répétitif qui se poursuit dans le temps entrave la qualité de l'attachement chez la victime et implique une difficulté au niveau de l'attachement futur (Browne & Finkelhor, 1986). Des difficultés au niveau de l'attachement représentent un symptôme spécifique du TPL au niveau de la sphère relationnelle. Ce genre d'abus peut générer de la méfiance ainsi que de la difficulté au niveau des rapprochements et des séparations (Browne & Finkelhor, 1986). Laporte et Guttman (2001) vont dans le même sens en affirmant qu'un abus sexuel qui perdure dans le temps est une caractéristique de la femme qui présente un TPL.

L'âge de la victime au moment de l'abus sexuel semble jouer un rôle important au niveau du développement de la personnalité. Selon certains auteurs, l'abus sexuel se produit avant l'âge de douze ans chez les personnes ayant un TPL (McLean & Gallop, 2003; Murray, 2005). Plus précisément, Herman, Perry et van der kolk (1989) suggèrent que les traumatismes vécus avant l'âge de six ans sont exclusivement retrouvés chez les personnes ayant un TPL. De plus, le nombre d'abus sexuel durant la période de latence est significativement élevé chez les personnes ayant un TPL (Fossati, Madeddu & Maffei, 1999; Herman, Perry & van der kolk, 1989; Westen, Ludolph, Misle, Ruffins & Block, 1990). Ces données viennent appuyer les travaux de Bergeret (1985; 2004) qui amènent l'idée qu'un traumatisme survient dans la même période d'âge.

Pour ce qui est du mode de l'abus, le fait d'avoir vécu un abus sexuel avec pénétration est le plus puissant prédicteur d'une psychopathologie chez les victimes d'un

abus sexuel selon les études de Paris, Zweig-Frank et Guzder (1994) et de Paris et Zweig-Frank (1997). Toujours selon ces études, le fait que la victime a subi un abus sexuel avec pénétration est la seule variable qui distingue significativement les personnes souffrant d'un TPL des autres troubles de la personnalité. De plus, Ogata et al. (1990) ainsi que Laporte et Guttman (2001) expliquent que le fait d'avoir vécu un abus sexuel avec pénétration augmente les risques d'avoir un trouble de la personnalité chez les femmes.

Une relation entre l'abus sexuel et un état de dissociation a été observé chez les personnes ayant un TPL (Ogata & al., 1990). Selon l'étude de van den Bosch, Verheul, Langeland et van der Brink (2003), une prévalence modérément forte est observée entre un traumatisme sexuel et des expériences de dissociation chez les femmes présentant un TPL. La dissociation est généralement utilisée comme moyen de défense au moment de l'abus sexuel par des personnes souffrant d'un TPL (Gunderson, Kolb & Austin, 1981). Cependant, la dissociation peut se généraliser à des situations où des émotions intenses sont ravivées (Ogata & al., 1990).

Finalement, le nombre d'abuseurs sexuels, la durée de l'abus sexuel, l'âge de la victime lors de l'abus sexuel, le fait d'avoir subi une pénétration durant l'abus sexuel et la dissociation au moment de l'abus sexuel sont des paramètres qui semblent détenir une certaine influence sur le développement d'un TPL à l'âge adulte. De plus, comme mentionné précédemment, les femmes sont plus à risque de développer ce trouble. Par

contre, il semble que le type d'abuseur sexuel (un proche ou un inconnu) n'influence pas les risques de développer un TPL.

Limites des études portant sur l'abus sexuel

Quelques lacunes ont été recensées suite à la présentation de ces études. Entre autres, à l'aide de leur méta-analyse, Fossati, Madeddu et Maffei (1999) suggèrent d'être vigilant au niveau des données provenant des études sur le lien entre le TPL et un passé d'abus sexuels. Ces études comportent plusieurs variations entre elles (des méthodes d'échantillonnages et des définitions de l'abus sexuel divergentes) et la majorité n'a que de petits échantillons. Aussi, l'hétérogénéité des sujets n'est pas toujours suffisante ou est trop importante autant au niveau du groupe à l'étude que du groupe de comparaison. Cette lacune rend difficile la généralisation des études à une population précise ainsi que la comparaison des études entre elles.

Certains auteurs croient qu'il est important de vérifier si le traumatisme sexuel s'est réellement produit plutôt que de se fier à la perception du sujet. Fossati, Madeddu et Maffei (1999) proposent que les souvenirs des sujets peuvent être des reconstructions et qu'ils peuvent être influencés par leurs croyances. Toutefois, seule la perception de l'individu compte selon Laporte et Guttman (2001). Ces auteurs suggèrent de repousser la croyance selon laquelle les personnes ayant un TPL inventent ou exagèrent leur abus. D'ailleurs, Becker (cité dans Wilkins & Warner, 2001) explique que ce serait la signification psychologique d'un acte qui le rend abusif plutôt que l'acte en soi. Bref, il

est possible de croire que la perception de la personne est ce qui définit le traumatisme. Ainsi, selon Laporte et Guttman (2001), il est préférable de chercher à comprendre la perception de la personne qui croit avoir vécu un abus plutôt que de tenter de valider son récit. Même si le patient n'a pas été victime réellement d'un abus sexuel, il est important de penser que le traumatisme peut être aussi intense et aussi important que si la personne l'a vécu réellement. Les fantasmes et le sentiment d'avoir été agressé peuvent être aussi puissants que l'abus sexuel en tant que tel.

L'AGIR CHEZ L'ÉTAT LIMITE

En plus d'entraver le développement psychique normal de l'enfant, le traumatisme sexuel semble avoir une forte prévalence chez les états limites. Il semble important maintenant de comprendre comment ce traumatisme est intégré psychiquement chez ces individus et comment ils y réagissent à l'âge adulte.

Tout d'abord, selon Bion (cité dans Millaud, 2009), nous développons un appareil à penser dès notre plus jeune âge. Le substitut maternel aide son bébé rempli d'émotions à donner un sens à son vécu émotionnel. À ce moment, elle devient en quelque sorte son «pensoir». Ensuite, l'enfant utilise graduellement cette élaboration par lui-même. De cette manière, l'enfant tolère de plus en plus la frustration puisque cela l'amène à se contenir davantage et à penser ses émotions plutôt que de les agir. Selon Millaud (2009), lorsque cet appareil à penser est fonctionnel, il permet à l'individu

d'élaborer des événements traumatiques et l'empêche en quelque sorte d'agir par l'évacuation des pulsions vers l'extérieur.

Cependant, si l'enfant ne développe pas cet appareil à penser, il associe un responsable à sa frustration en projetant un mauvais objet vers l'extérieur. Ensuite, il réagit à cet objet par identification projective en utilisant l'agir afin d'évacuer vers l'extérieur ses émotions plutôt que de les penser. Cet agir apaise la tension de la surcharge émotionnelle et crée alors une gratification immédiate (Millaud, 2009).

Millaud (2009) utilise le terme «mentalisation» afin de décrire la capacité de lier une représentation à un affect. Selon lui, la mentalisation permet de lier la pensée à l'action par élaboration psychique. Elle permet de taire en partie l'inconscient afin de ne pas laisser dominer le principe du plaisir au détriment du principe de la réalité. La mentalisation n'est pas continue dans le temps. L'être humain est confronté à des situations d'équilibre et de déséquilibre tout au long de sa vie. Certains événements créent des failles et mènent à des agirs ponctuels. Ainsi, à certains moments, il est possible d'assister à une interruption du processus de mentalisation (Millaud, 2009).

Les traumatismes peuvent faire partie des événements créant une interruption dans le processus de mentalisation. Selon Freud (cité dans Millaud, 2009), l'agir est la répétition d'un traumatisme. Le premier traumatisme ébranle de manière permanente la capacité de la victime à gérer des situations semblables à ce traumatisme. Certains

événements du présent peuvent réactiver chez la personne des souvenirs partiels du traumatisme sous la forme d'affects. Cependant, ces affects ne sont pas connectés à des représentations ni même avec l'expérience qui pourrait leur conférer un statut d'éprouvé (Chabert & al., 2006). Plutôt que de se souvenir du traumatisme comme étant un événement du passé, la victime le vit comme quelque chose faisant partie du présent (Freud cité dans van der Kolk, 1989). Le souvenir du traumatisme se traduit par l'agir qui est la traduction d'un passé oublié faisant référence à une expérience traumatisante qui n'a pas pu être digérée sur le plan psychique et qui doit donc se répéter. Certaines personnes ne sont pas en mesure de mentaliser leurs affects et vont utiliser plutôt l'agir. Un traumatisme secondaire peut amener une hyperréaction qui dépend de la dose du premier traumatisme (Millaud, 2009). Freud (cité dans van der Kolk, 1989) croit que le but principal derrière la répétition d'un traumatisme est l'obtention d'un contrôle.

Chez l'état limite, l'agir sert à éviter tout contact avec l'angoisse et à l'évacuer le plus rapidement possible. Le processus représentatif n'est pas toujours suffisamment puissant dans ses potentialités de contenance (Chabert & al., 2006). La fuite dans l'action permet au sujet d'évacuer sa pensée et de trouver un équilibre artificiel. Au détriment des autres, la personne limite tente de faire porter à autrui ses angoisses (Millaud, 2009).

COMPRÉHENSION DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

CHEZ L'ÉTAT LIMITE

Comme mentionné précédemment, un lien semble exister entre le fait d'avoir vécu un traumatisme sexuel durant l'enfance et le développement d'un TPL. Aussi, il nous a été permis de découvrir que ce type de traumatisme influence les comportements de la personne. Étant incapable de mentaliser son traumatisme sexuel, l'état limite le réactive par ses comportements afin de diminuer son angoisse (Millaud, 2009). Il semble pertinent d'investiguer l'influence du traumatisme sexuel sur les comportements sexuels de l'état limite à l'âge adulte. Certains adultes ayant une personnalité état limite développent des problèmes au niveau de leur sexualité.

Dans la prochaine section, nous présenterons l'ampleur du phénomène des comportements sexuels chez l'état limite, les fonctions des comportements sexuels problématiques chez les femmes états limites et les limites portant sur les comportements sexuels problématiques des états limites.

Ampleur du phénomène

Tout d'abord, il est important de constater dans le cadre de notre travail que les personnes souffrant d'un TPL ont plus de difficultés sexuelles⁸ (67%) que tout individu

⁸ Les difficultés sexuelles analysées dans l'étude de Zanarini et al. (2003) sont l'évitement de relations sexuelles, des symptômes suite à une relation sexuelle ainsi que des difficultés générales en lien avec des relations sexuelles.

présentant un autre trouble de la personnalité (19%) (Zanarini & al., 2003). Toujours selon ces auteurs, il y a un lien significatif entre une histoire d'abus sexuels durant l'enfance et des difficultés dans les relations sexuelles à l'âge adulte peu importe le genre. Cependant, il y a plus de femmes ayant un TPL (65%) que d'hommes ayant un TPL (43%) qui ont des difficultés sexuelles. Ces résultats indiquent, selon ces auteurs, la présence de relations chaotiques entre les personnes présentant un TPL et leur partenaire de vie. Aussi, selon l'étude de Schulte-Herbrüggen et al. (2009), les femmes sexuellement actives présentant un TPL et ayant vécu un traumatisme sexuel ont significativement plus de dysfonctions sexuelles⁹ que les femmes présentant seulement un TPL.

Les fonctions des comportements sexuels problématiques chez les états limites

Dans les prochaines sections, nous aborderons les différentes fonctions des comportements sexuels problématiques chez les femmes états limites telles que la validation du Moi, la gratification immédiate, la recherche d'amour, l'estime de soi, combler un sentiment de vide et l'autodestruction, et enfin, la résolution d'un traumatisme sexuel incluant le sentiment de contrôle, la recherche d'identité ainsi que le sentiment de rage.

⁹ Schulte-Herbrüggen et al. (2009) se sont basés sur le désir sexuel, l'excitation sexuelle, la présence de lubrification, d'un orgasme ou de douleur lors de la relation sexuelle ainsi que sur la satisfaction sexuelle afin de déterminer la présence ou non d'une dysfonction sexuelle.

La validation du Moi

Selon Montaldi (2002), les troubles sexuels sont diagnostiqués la plupart du temps selon l'axe I du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Toutefois selon cet auteur, il est important de mentionner que certains troubles sexuels¹⁰ ne font pas partie intégralement de l'axe I dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Certains de ces troubles sont plutôt des sous-catégories ou de proches voisins de certains troubles de l'axe I du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) dont le trouble lié à une substance, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble du contrôle des impulsions et le trouble des conduites alimentaires. Montaldi (2002) utilise le terme «hyperactivité sexuelle» plutôt que trouble sexuel. Il décrit ce terme comme étant un pattern sexuel dans lequel une activité sexuelle excessive est présente au point de causer à la personne et/ou aux autres une détresse ou une altération de son fonctionnement de manière significative ainsi qu'un manque de contrôle au niveau de son activité sexuelle. Il explique aussi que la persistance de l'hyperactivité sexuelle peut détenir une fonction non sexuelle comme la régulation d'un état psychologique et/ou la diminution de l'anxiété. En lien avec la fonction non sexuelle de l'hyperactivité sexuelle, Montaldi (2002) croit qu'il est nécessaire d'inclure ce pattern sexuel dans un modèle de compréhension du trouble de la personnalité. Les personnes ayant un diagnostic selon l'axe II du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association,

¹⁰ Les troubles sexuels pour lesquels nous faisons la référence sont : la dépendance sexuelle (Carnes; Goodman cités dans Montaldi, 2002), les comportements compulsifs sexuels (Quadland; Coleman cités dans Montaldi, 2002), l'impulsivité sexuelle (Barth & Kinder cités dans Montaldi, 2002) et le trouble de l'humeur sexuelle (Kafka cité dans Montaldi, 2002).

2003) ayant des comportements sexuels problématiques sont davantage portées à satisfaire leurs besoins émotionnels. La fonction sexuelle des personnes souffrant d'un trouble sexuel se différencie, selon lui, des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité avec un problème d'hypersexualité.

Selon Montaldi (2002), quelques comportements de l'hyperactivité sexuelle sont similaires à ceux retrouvés chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité sur deux points : la validation du Moi et l'impulsivité. Dans le cas plus précis du TPL, l'hyperactivité sexuelle sert à préserver le Moi et à satisfaire des besoins émotionnels. Dans ce cas, le plaisir génital est fortement désiré en lien avec la régulation des émotions dans le but de satisfaire des besoins interpersonnels et non, des besoins sexuels (Hurlbert, Apt & White, 1992; Montaldi, 2002; Rickards & Laaser, 1999). La dépendance envers des comportements sexuels est souvent induite par un sentiment de vide et d'insécurité (Montaldi, 2002; Rickards & Laaser, 1999).

La gratification immédiate

Montaldi (2002) mentionne que les personnes présentant un TPL sont généralement impulsives au niveau de leurs relations interpersonnelles. Cependant, il propose que les personnes présentant un TPL et une hyperactivité sexuelle détiennent un contrôle relativement bon en lien avec leurs besoins sexuels. Selon cet auteur, ces personnes sont en mesure de contenir leurs pulsions sexuelles sans trop de difficultés lorsqu'elles sont comparées aux personnes ayant uniquement un trouble sexuel. Les

personnes ayant un TPL en comorbidité avec une hyperactivité sexuelle ne ressentent pas de détresse lorsqu'elles sont empêchées d'agir sexuellement comparativement aux personnes ayant uniquement un trouble sexuel. Les personnes ayant un trouble sexuel ne sont tout simplement pas en mesure d'empêcher leurs comportements sexuels en lien avec la satisfaction de leurs besoins sexuels.

Les personnes ayant un TPL présentent aussi un manque de contrôle lors de leurs comportements sexuels. Cependant, ce manque de contrôle est davantage en lien avec des besoins affectifs que des besoins sexuels. Ces personnes ne sont pas en mesure de gérer adéquatement leur vie amoureuse et sexuelle en lien avec leur besoin de gratification affective. Elles n'apprennent pas de leurs expériences sexuelles et amoureuses passées (Montaldi, 2002). Malgré des conséquences négatives persistantes en lien avec leurs comportements sexuels problématiques, elles continuent d'agir sexuellement. Plutôt que d'orienter clairement leurs relations sexuelles, la gratification immédiate de leurs besoins émotionnels prend le dessus sur les conséquences négatives subséquentes. Ainsi, leur impulsivité semble davantage en lien avec la satisfaction de leurs besoins émotionnels plutôt que la satisfaction de leurs pulsions sexuelles. Leurs comportements sexuels sont constants à travers le temps et cachent plutôt un problème au niveau de l'estime de soi, de l'identité et des relations interpersonnelles.

La recherche d'amour

Les femmes souffrant d'un TPL croient que la sexualité équivaut à l'amour (Rickards & Laaser, 1999). Selon Montaldi (2002), les personnes ayant un TPL ainsi que des comportements d'hypersexualité recherchent surtout l'amour dans leurs comportements sexuels. Elles dépendent de la passion sexuelle et de la séduction qui se produisent avec une personne qui pourrait, selon elles, leur porter secours et être toujours présente. Ces personnes présentant un TPL désirent contrer leur sentiment de vide et obtenir un amour parfait et idéalisé. L'arrêt de leurs comportements sexuels pourrait les mener temporairement vers un épisode dépressif et vers des comportements autodestructeurs.

L'estime de soi

Selon une étude effectuée par Hurlbert, Apt et White (1992), un passé d'abus sexuels influence la sexualité à l'âge adulte chez les femmes ayant un TPL. Dans leur échantillon, 50% des femmes présentant un TPL ont rapporté une histoire d'abus sexuels ou physiques durant leur enfance. De plus, il existe un lien entre les caractéristiques de leurs dysfonctions sexuelles¹¹ ainsi que leurs difficultés relationnelles face à l'abus

¹¹ Hurlbert, Apt et White (1992) étudient l'assurance sexuelle, les attitudes face à la sexualité (attitudes positives ou négatives), l'estime de soi sexuelle (tendance à renforcer son estime de soi en lien avec sa capacité sexuelle), les préoccupations sexuelles (préoccupations en lien avec des cognitions ou des comportements sexuelles), la dépression sexuelle (degré de tristesse et de déception en lien avec des aspects de la sexualité) ainsi que la satisfaction sexuelle (degré de satisfaction sexuelle) afin de vérifier la présence de dysfonctions sexuelles chez les femmes ayant un TPL de leur étude.

sexuel vécu dans l'enfance. Or, la recherche de sexualité sert à combler d'autres besoins que des besoins sexuels comme mentionnés précédemment par Montaldi (2002).

Malgré leur traumatisme, les femmes ayant un TPL disposent d'un besoin à vivre de l'intimité. Plusieurs femmes présentant un TPL vont démontrer de l'hypersexualité ainsi que de la promiscuité au niveau de leurs relations interpersonnelles à l'âge adulte (Maltz, 1988). Hurlbert, Apt et White (1992) croient que la faible estime de soi et l'impulsivité des femmes présentant un TPL influencent des comportements de promiscuité sexuelle ainsi que l'expérience de relations sexuelles à un jeune âge. Selon eux, le rapprochement intime permet aux femmes ayant un TPL d'obtenir une certaine «assurance sexuelle». La tendance à avoir une «assurance sexuelle» peut être un moyen de retrouver une certaine excitation passée ou encore, un moyen de fuir l'ennui et le vide. Leur étude démontre d'ailleurs que les femmes ayant un TPL ont une plus grande estime de soi au niveau de leur sexualité que les femmes de leur groupe de comparaison. Cette estime de soi réfère en fait à du «narcissisme sexuel» selon Hurlbert, Apt et White (1992). Certaines femmes présentant un TPL entrent dans une relation sexuelle afin de combler principalement leurs propres besoins affectifs. Elles n'ont aucune considération pour leur partenaire. Elles jugent de la performance de leur partenaire selon le niveau de satisfaction de leurs besoins. Au début de leur relation amoureuse, les relations sexuelles sont intenses et fréquentes. Cependant, après un certain temps, elles perdent leur intérêt pour la sexualité et trouvent progressivement leur relation ennuyante (Maltz, 1988). De plus, elles ont besoin de croire qu'elles sont performantes sexuellement afin de ne pas

affaiblir leur estime de soi déjà fragile. Malgré leur mauvaise image d'elle-même, ces femmes présentant un TPL se qualifient comme étant de bonne partenaire sexuelle et voient le sexe comme l'obtention d'un pouvoir.

Même si la femme présentant un TPL désire une relation sexuelle, elle a de la difficulté à y prendre plaisir. Selon Gunderson (cité dans Zanarini & al., 2003), elles oscillent entre le rapprochement et la séparation dans leurs relations amoureuses craignant d'être abandonnées ou blessées. Les femmes présentant un TPL ont des réactions intenses quant à l'abandon réel ou imaginé (Hurlbert, Apt & White, 1992). Elles ont intégré, en lien avec leur abus sexuel passé, des messages contradictoires sur la sexualité ce qui les amènent à vivre des difficultés dans leur intimité et dans l'expérience d'une relation sexuelle satisfaisante (Jackson, Calhoun, Amick, Maddever & Habif, 1990). Elles désirent une sexualité mais elles ne sont jamais satisfaites sexuellement. Elles vacillent entre une relation intime idéalisée avec un partenaire et par l'appréhension d'être blessées ou abandonnées par ce dernier comme elles l'ont été par le passé (Nigg & al., 1991). Leur conjoint peut être perçu comme étant leur abuseur. On comprend alors que le rapprochement peut être vécu de manière difficile par ces femmes. La sexualité semble combler en alternance leur dépendance relationnelle dans des moments de solitude où elles se sentent rejetées autant que leur assurance sexuelle dans des moments où le vide est moins ou non présent.

Un sentiment de vide et l'autodestruction

Selon Rickards et Laaser (1999), le TPL n'est pas suffisamment diagnostiqué chez les femmes présentant une dépendance sexuelle compulsive¹². De plus, la dépendance sexuelle compulsive n'est pas suffisamment diagnostiquée chez les femmes présentant un TPL. Selon eux, plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène des comportements autodestructeurs. Cependant, les études sur la relation entre le TPL et la dépendance sexuelle sont presque inexistantes selon eux. Contrairement à Montaldi (2002) qui utilise le terme «hyperactivité sexuelle», ces auteurs utilisent plutôt le terme «dépendance sexuelle compulsive».

Tout d'abord, il est important de bien définir la dépendance sexuelle compulsive. Selon Carnes (1998), nous devons nous appuyer sur certains critères diagnostiques présentés au tableau 1 afin de conclure à une dépendance sexuelle compulsive chez un patient. Puisque ce trouble n'est pas représenté dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), les critères utilisés par Carnes (1998) sont basés sur les critères utilisés pour les dépendances au jeu, à l'alcool et à l'abus de substances tels que souligné par Montaldi (2002). Afin d'obtenir le diagnostic de dépendance sexuelle compulsive, le patient doit détenir au minimum trois de ces critères. En lien avec l'abus sexuel, Carnes (cité dans Rickards & Laaser, 1999) démontre, à l'aide d'une de ses études, que 82% des personnes présentant une dépendance sexuelle compulsive

¹² Traduction libre de l'anglais par l'auteure de ce présent document.

Tableau 1

Critères diagnostiques de la dépendance sexuelle compulsive selon

Carnes (1998)

Diagnostic Criteria for Sexual Addiction/Compulsivity

-
1. Recurrent failure (pattern) to resist sexual impulses to engage in specific sexual behavior
 2. Frequent engaging in those behaviors to a greater extent or over a longer period of time than intended
 3. Persistent desire or unsuccessful efforts to stop, reduce, or control those behaviors
 4. Inordinate amount of time spent in obtaining sex, being sexual, or recovering from sexual experiences
 5. Preoccupation with the behavior or preparatory activities
 6. Frequent engaging in the behavior when expected to fulfill occupational, academic, domestic, or social obligations
 7. Continuation of the behavior despite knowledge of having a persistent or recurrent social, financial, psychological, or physical problem that is caused or exacerbated by the behavior
 8. Need to increase the intensity, frequency, number, or risk of behaviors to achieve the desired effect, or diminished effect with continued behaviors at the same level of intensity, frequency, number, or risk
 9. Giving up or limiting social, occupational, or recreational activities because of the behavior
 10. Distress, anxiety, restlessness, or irritability if unable to engage in the behavior
-

Notes: From Carnes (1998).

ont vécu des abus sexuels durant leur enfance. Comme mentionné précédemment dans la section portant sur le traumatisme de l'état limite, la prévalence de l'abus sexuel est aussi élevée chez les femmes souffrant d'un TPL.

Les femmes présentant une dépendance sexuelle compulsive et les femmes ayant un TPL présentent les mêmes types de comportements au niveau de la sphère relationnelle selon Rickards et Laaser (1999). Elles vivent toutes autant de problèmes dans leurs relations interpersonnelles et au niveau de leur intimité. De plus, elles utilisent leurs comportements sexuels afin de contrer leur sentiment de solitude et de vide. Ces comportements ont des enjeux sous-jacents semblables à ceux présents au niveau des

comportements autodestructeurs tel que l'automutilation. Les personnes ayant un TPL tentent d'apaiser, à l'aide de leurs comportements, leur sentiment de solitude et de vide.

Il semble alors valable de se demander si les comportements sexuels des personnes souffrant d'un TPL pourraient être une forme d'autodestruction. Rickards et Laaser (1999) croient que les femmes présentant un TPL ayant des comportements sexuels problématiques¹³ mais sans dépendance sexuelle compulsive n'agissent pas selon les mêmes besoins que celles ayant une dépendance sexuelle compulsive. Ils croient qu'elles agissent plutôt selon un mode autodestructeur.

La résolution d'un traumatisme sexuel

Les femmes présentant une dépendance sexuelle compulsive, les femmes ayant un TPL avec une dépendance sexuelle compulsive et les femmes ayant un TPL sans dépendance sexuelle compulsive ont toutes un point en commun (Rickards & Laaser, 1999). Elles ont toutes des comportements sexuels dans le but de résoudre un traumatisme provenant de l'enfance par la satisfaction de trois différents besoins affectifs : la procuration d'un sentiment de contrôle, la recherche d'une identité et l'évacuation d'un sentiment de rage.

¹³ Rickards et Laaser (1999) ne donnent aucun exemple de comportements sexuels problématiques.

A. Un sentiment de contrôle

Beaucoup de personnes engagées dans des comportements autodestructeurs répètent des expériences traumatiques dans le but de survivre et de s'adapter à leur traumatisme ou encore, d'éviter des émotions douloureuses en lien avec ce traumatisme (Valenti, 2002). Les comportements autodestructeurs aident à leur survie lorsque l'intensité de la situation devient insupportable. La seule manière de rester en vie semble être de jouer constamment avec la mort (Chabert & al., 2006). De plus, toujours selon ces auteurs, la haine contre l'objet est retournée contre le Moi lors de comportements autodestructeurs puisqu'il est intolérable de supporter la trahison vécue lors de l'abus par l'objet. Selon Rickards et Laaser (1999), la répétition d'expériences intenses et dramatiques soulage temporairement la douleur vécue et procure un sentiment de contrôle.

Selon Rickards et Laaser (1999), les femmes ayant un TPL ainsi qu'une dépendance sexuelle compulsive planifient leurs comportements sexuels problématiques. Elles vont utiliser des stratégies et planifier à l'avance leurs agirs sexuels (ex. : se créer des scénarios et/ou choisir à l'avance de séduire un homme en particulier). Quant aux femmes présentant un TPL sans dépendance sexuelle compulsive, elles agissent sexuellement de manière impulsive, brève et sans penser au futur. Cette différence s'explique, selon eux, par l'obsession des femmes ayant un TPL et une dépendance sexuelle compulsive pour la sexualité. Selon van der Kolk (1989), l'impulsivité des femmes TPL sans dépendance sexuelle compulsive est plutôt en lien

avec la réactivation d'une expérience traumatique. La personne rejoue alors son traumatisme par des comportements sexuels en s'identifiant à l'abuseur afin de se défaire de son rôle internalisé de victime. Par ce renversement de rôle, elle tente de reprendre le contrôle et de se donner un sentiment de puissance pour contrer son manque de contrôle et son impuissance vécue au moment de l'abus sexuel. Selon Bergeret (2004), elle devient l'abuseur dont elle avait eu peur. Du même coup, elle le supprime sur le plan psychique, ce qui la rassure.

B. La recherche d'identité

Selon Valenti (2002), le fait de reproduire un traumatisme sexuel ou physique ou de se repositionner dans une détresse «intra-personnelle» indique une incapacité de se protéger et de s'affirmer dans les relations interpersonnelles. La personne est prise à répéter compulsivement son traumatisme et se met dans l'action. Elle croit alors que son seul et unique destin est la continuation de son traumatisme (Baldwin cité dans Valenti, 2002). D'ailleurs, l'identité de certaines personnes se forme par leur traumatisme sexuel. Les femmes ayant été victimes d'inceste s'identifient souvent à de la dévalorisation et à l'exploitation que les hommes leur infligent. Se percevant comme des objets sexuels, elles se laissent utiliser dans la promiscuité (Stone, 1990). Leur dépendance sexuelle est en quelque sorte une dépendance à la souffrance. Elles ne peuvent exister que dans la souffrance. Aussi, l'angoisse de perte entre en ligne de compte puisqu'elles ont besoin de l'objet pour exister. Elles vivent dans le passé par la réactivation de leur traumatisme plutôt que de confronter la temporalité qui est synonyme de perte (Chabert & al., 2006).

On peut parler alors d'un déni de la perte par la réactivation du traumatisme. Selon cette auteure, ce déni aide l'individu à diminuer l'angoisse de perte de l'objet et du même coup, augmente son sentiment d'exister.

C. Un sentiment de rage

Les femmes ayant un TPL avec ou sans dépendance sexuelle compulsive ont des comportements sexuels problématiques afin d'exprimer leur sentiment de rage (Rickards & Laaser, 1999). Un sentiment de vengeance et de rage en lien avec une humiliation ou un abandon perçus semble toujours accompagner leurs agirs sexuels (Rickards & Laaser, 1999). Selon Reiker et Carmen (cités de van der Kolk, 1989), cette rage est en lien avec la réactivation d'événements du passé.

Selon Rickards et Laaser (1999), les personnes souffrant d'un TPL ne présentent pas toutes des comportements de dépendance sexuelle. À l'inverse, les individus ne présentant aucun trouble de la personnalité pourraient présenter les critères d'un trouble de la personnalité dans leur sphère sexuelle (Montaldi, 2002).

Finalement, lorsqu'une personne utilise la sexualité pour combler son sentiment de solitude ou d'ennui, pour gagner un sentiment de puissance ou encore, pour combler des besoins psychologiques autres que sexuels, les probabilités d'avoir une vie sexuelle satisfaisante sont faibles selon Hurlbert, Apt et White (1992). Les femmes ayant un TPL de leur étude démontrent une plus grande insatisfaction face à leur vie sexuelle et elles

sont plus à risque de vivre une dépression en lien avec leur sexualité. Elles sont aussi plus préoccupées au sujet de leur sexualité que les femmes ne présentant pas un TPL. Les femmes présentant un TPL et ayant vécu un abus sexuel durant l'enfance sont d'ailleurs plus à risque de vivre des expériences sexuelles à un jeune âge. De plus, elles ont une plus grande propension à la promiscuité sexuelle puisque l'acte sexuel leur permet de satisfaire leurs besoins affectifs. Ces besoins ne sont malheureusement jamais comblés de manière satisfaisante selon ces auteurs. Cette insatisfaction augmente ainsi la possibilité de rechercher une relation extraconjugale.

Cette section nous a permis de comprendre que les femmes ayant un TPL se servent de leurs comportements sexuels afin de réactiver un traumatisme et afin de combler des besoins affectifs, non génitaux. Ces comportements sexuels permettent de combler un sentiment de vide ou d'ennui et de donner un sentiment de contrôle et de puissance à la victime. Aussi, les femmes ayant un TPL agissent impulsivement en lien avec la gratification immédiate de leurs besoins affectifs. La rage accompagne souvent leurs comportements sexuels par la peur d'être abandonné et par leur besoin de sécurité et d'être aimé. Au niveau de leurs relations sexuelles, les personnes ayant un TPL oscillent entre un besoin d'intimité et une difficulté à vivre le rapprochement.

De plus, les comportements sexuels de certaines femmes présentant un TPL servent uniquement à combler leurs propres besoins. Elles ressentent le besoin de se rassurer au niveau de leur performance en lien avec leur faible estime de soi. Cependant,

les besoins des femmes présentant un TPL sont malheureusement difficiles à combler. Elles sont donc à risque de promiscuité et d'infidélité puisqu'elles sont à la recherche de la satisfaction de leurs besoins. Ainsi, il semble que leurs comportements sexuels se rapprochent des comportements autodestructeurs puisque les femmes ayant un TPL se nuisent par leurs agirs sexuels en lien avec leur besoin de gratification immédiate. Elles ne semblent pas en mesure de tolérer leurs émotions ainsi que leurs frustrations.

Limites des études portant sur les comportements sexuels problématiques des états limites

Les études portant sur les comportements sexuels des femmes états limites présentent certaines divergences entre elles. La définition des difficultés sexuelles, les groupes de comparaison et la méthode d'échantillonnage et d'évaluation diffèrent d'une étude à une autre. Il faut alors être prudent au niveau de la généralisation de ces résultats et lorsque nous comparons certaines études entre elles.

Discussion

Tout d'abord, nous revenons sur les objectifs de départ. Comme mentionné précédemment, le premier objectif réfère à la compréhension du lien unissant la problématique état limite chez la femme et les comportements sexuels problématiques s'exprimant par de la dépendance sexuelle ou par de l'impulsivité sexuelle. Plus précisément, il est possible de se demander s'il y a comorbidité entre une dépendance sexuelle ou de l'impulsivité sexuelle et la personnalité état limite chez les femmes ou encore, si ces comportements sexuels font davantage partie de la dynamique de leur personnalité. Quant au deuxième objectif, il réfère à la compréhension de la fonction des comportements sexuels chez les femmes états limites. Ensuite, à l'aide de la documentation scientifique présentée dans le cadre de notre travail, nous élaborons sur le lien entre un traumatisme sexuel durant l'enfance, une personnalité état limite, un défaut de mentalisation ainsi que des comportements sexuels problématiques à l'âge adulte.

PREMIER OBJECTIF

Il semble maintenant possible de répondre à notre premier objectif. Est-ce qu'il y a comorbidité entre de la dépendance sexuelle et/ou de l'impulsivité sexuelle et la personnalité état limite chez les femmes ou encore, si ces comportements sexuels font davantage partie de la dynamique de la personnalité de ces femmes? Si nous nous attardons aux symptômes des femmes états limites présentant des comportements

sexuels problématiques, nous constatons qu'une comorbidité est présente entre le trouble de la personnalité limite et la dépendance sexuelle et/ou l'impulsivité sexuelle. Les comportements reliés à chacun de ces troubles sont fréquemment rencontrés chez les femmes états limites présentant des comportements sexuels problématiques. Selon une approche descriptive, il est donc possible de croire en un lien de comorbidité. Cependant, selon une approche structurale de la personnalité, il est possible de nuancer cette idée en ajoutant les enjeux psychiques sous-jacents à ces comportements. En deçà des symptômes, il existe des besoins affectifs relevant de la dynamique de la personnalité au niveau des comportements sexuels problématiques des femmes états limites. Selon certains auteurs (Bergeret, 1985, 2004; Kernberg, 2004), il est possible de croire que les comportements sexuels problématiques font davantage partie de la dynamique de la personnalité état limite puisqu'il semble que ce type de comportement et que ce type de personnalité sont tous deux influencés par un traumatisme sexuel durant l'enfance.

DEUXIÈME OBJECTIF

En lien avec notre deuxième objectif, il est important de bien saisir la fonction des comportements sexuels chez les femmes états limites. Est-ce qu'il se pourrait que les comportements sexuels problématiques des femmes états limites s'expriment par de l'autodestruction? Malgré la composante sexuelle de leurs comportements, les femmes états limites semblent davantage avoir des comportements sexuels problématiques en lien avec la satisfaction de leurs besoins affectifs (Hurlbert, Apt & White, 1992;

Montaldi, 2002; Rickard s & Laaser, 1999; Valenti, 2002). Il semble aussi que ces comportements jouent le rôle réparateur d'un traumatisme provenant de l'enfance que la femme état limite n'est pas en mesure de gérer psychiquement. La réactivation du traumatisme semble apporter de la gratification immédiate au niveau affectif à la femme état limite qui répète compulsivement son traumatisme. Plusieurs raisons les poussent à agir impulsivement. Il faut cependant garder en tête que l'impulsivité sert à résoudre le traumatisme et non à assouvir un désir sexuel. Étant incapable de mentaliser leur traumatisme, les femmes états limites le réactivent au niveau de leur sexualité.

Plusieurs fonctions sont à la base des comportements sexuels problématiques chez les femmes états limites. L'une de ces fonctions est l'obtention d'un certain contrôle. Les femmes états limites ayant ce besoin réactivent de manière inconsciente leur traumatisme afin d'obtenir le contrôle sur l'objet pour contrer l'impuissance vécue à ce moment. Il semble donc que les femmes états limites tentent de résoudre leur traumatisme sexuel en renversant les rôles. Elles prennent alors le rôle de l'agresseur. L'obtention d'un certain pouvoir semble les aider à survivre à leur traumatisme en mettant l'accent sur le plaisir afin de supporter le déplaisir. Ces femmes peuvent alors, par leurs agirs sexuels, avoir une meilleure estime d'elle-même, avoir l'impression d'être en mesure de se protéger et de se sentir plus libres de s'affirmer dans leurs relations interpersonnelles.

Certaines femmes états limites expriment leur sentiment de rage et de colère par des comportements sexuels problématiques. Ces femmes évacuent leurs émotions dans l'agir afin de diminuer leur anxiété et d'éviter des émotions douloureuses. La colère et la peur vécues au moment du traumatisme sexuel n'ont pas toujours été entendues. Il se pourrait d'ailleurs qu'elles n'ont jamais été entendues et/ou jamais été prises en considération lorsqu'on pense à l'environnement familial chaotique de la plupart des états limites. Ces émotions qui ont besoin d'être évacuées pourraient ne pas avoir été soutenues de la part de l'entourage lors du traumatisme. Il se pourrait alors que la répétition du traumatisme soit une recherche de soutien pour contrer le manque de soutien vécu dans le passé. Ferenczi (2006) explique d'ailleurs que l'enfant ne doit pas rester seul suite à son traumatisme. Il doit être soutenu au niveau de son processus de pensée. Ce soutien pourrait aider l'enfant à donner un sens à son vécu émotionnel afin d'être en mesure éventuellement d'élaborer psychiquement son traumatisme par lui-même. Ainsi, l'enfant pourrait apprendre à se contenir davantage suite à son traumatisme et à penser ses émotions plutôt que de les agir. Les risques d'un défaut de mentalisation pourraient alors être atténués pour le futur.

Les comportements sexuels des femmes états limites peuvent aussi avoir la fonction d'apaiser leurs sentiments de vide, d'insécurité, d'ennui et de solitude. Il a déjà soulevé dans le cadre de notre travail que ce type de soulagement s'effectue par le biais de comportements autodestructeurs comme l'automutilation (Rickards & Laaser, 1999). Il est possible de croire, tout en répondant à notre deuxième objectif, que les

comportements sexuels des femmes états limites s'expriment par de l'autodestruction. L'utilisation de comportements sexuels procure une gratification immédiate qui ne perdure pas dans le temps et qui se produit au détriment du bien-être de la personne à long terme. Ces comportements ne peuvent qu'être nocifs et autodestructeurs. Par exemple, la promiscuité permet de satisfaire certains besoins affectifs chez les femmes états limites. Cependant, elle ne leur apporte aucune stabilité. Elle augmente aussi le nombre de situations dans lesquelles ces femmes peuvent vivre du rejet alors qu'elles tentent de diminuer leur sentiment d'abandon. Le besoin pour des comportements sexuels peut même mener à des relations extra-conjugales augmentant ainsi les risques de rupture amoureuse. Pourtant, la perte est difficilement supportable pour l'état limite.

LIENS ENTRE UN TRAUMATISME SEXUEL, LA PERSONNALITÉ ÉTAT LIMITE, UN DÉFAUT DE MENTALISATION ET DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

Ce travail nous a permis de constater qu'une réflexion quant au lien entre un traumatisme sexuel durant l'enfance, la personnalité état limite, un défaut de mentalisation ainsi que des comportements sexuels problématiques à l'âge adulte semble possible selon un processus développemental. Un traumatisme sexuel, qu'il soit réel ou affectif, entrave le développement psychique de la personne qui en est victime. Ce type de traumatisme semble jouer un rôle important dans l'arrêt du développement psychique chez l'enfant faisant en sorte de faciliter le développement d'une astructuration limite de la personnalité (Bergeret, 1985, 2005) ainsi qu'un défaut dans son processus de

mentalisation (Millaud, 2009), surtout lorsque cet événement traumatique se produit avant la période oedipienne. Le premier traumatisme laisse sa trace au niveau psychique et crée certaines failles au niveau de son fonctionnement. Suite au développement d'une astructuration limite de la personnalité, il est possible d'observer une incapacité à tolérer les émotions qui surviennent lors de situations semblables au traumatisme. La crainte d'être abandonné, rejeté, blessé et de ne pas être aimé fait partie du quotidien des états limites. Lors de ces situations, la tension interne est insupportable et doit être évacuée le plus rapidement possible. N'étant pas en mesure de mentaliser, il semble que les personnes états limites n'ont pas d'autre solution psychique que d'évacuer cette tension au moyen d'un agir. Leur traumatisme sexuel a besoin d'être digéré et d'être résolu psychiquement mais elles n'en sont pas capables.

Nous pouvons croire que les comportements sexuels problématiques des femmes états limites à l'âge adulte sont en lien avec leur vécu traumatique passé. Puisque les agirs des états limites servent à la résolution d'un traumatisme passé, il est logique de croire qu'un traumatisme sexuel influence la présence de comportements sexuels problématiques. Ainsi, il est préférable, lors d'une psychothérapie, de porter attention aux besoins qui sont à la base de ces comportements sexuels (combler un sentiment de vide et un besoin d'autodestruction et de gratification immédiate, la résolution d'un traumatisme sexuel, la recherche d'estime de soi et d'amour et la validation du Moi) plutôt que de s'attarder à ces comportements sexuels en tant que tel. En apparence, les

besoins sexuels semblent jouer un rôle majeur alors qu'ils ne sont que secondaires aux besoins affectifs sous-jacents.

L'acquisition rapide de certains bénéfices est séduisante. Surtout, lorsque ces bénéfices apaisent la souffrance et la détresse psychologiques et que d'autres issues ne semblent pas envisageables ou encore, accessibles. La dépendance à certains comportements sexuels n'est que la partie visible du problème. Un processus thérapeutique amenant la personne à faire des liens entre son passé et le présent est bénéfique. Cela permet d'utiliser la mentalisation plutôt que l'agir.

Le changement peut être difficile à effectuer pour les femmes états limites avec des comportements sexuels problématiques qui n'ont pas les ressources nécessaires afin de cesser leurs agirs sexuels. Cependant, lorsque la souffrance est suffisamment présente chez ces femmes, un travail thérapeutique semble possible. Cependant, nous nous devons de procéder à un travail thérapeutique de manière progressive. Empêcher ces femmes d'agir peut augmenter les risques de présenter des symptômes dépressifs ou encore, de déplacer leurs pulsions vers un autre type de comportements autodestructeurs. Finalement, le travail thérapeutique doit se faire, à notre avis, au niveau de leur processus de mentalisation afin de les amener à résoudre leur traumatisme par la pensée plutôt que par l'agir.

Conclusion

Pour conclure, notre travail a permis, d'une part, de constater que les comportements sexuels problématiques chez la femme état limite font partie de la dynamique de la personnalité état limite selon l'approche structurale de Bergeter (1985; 2004) et de Kernberg (2004). Selon ces auteurs, un traumatisme psychique vient cesser le développement psychique de l'enfant qui en est victime. D'autre part, une comorbidité est possible entre le trouble de la personnalité limite et une dépendance sexuelle et/ou une impulsivité sexuelle selon une approche descriptive.

En plus d'entraver le développement psychique, selon Millaud (2009), le traumatisme psychique vient interrompre le processus de mentalisation de l'enfant. L'enfant développe ainsi une personnalité état limite ainsi qu'une incapacité à utiliser la mentalisation afin de digérer psychiquement son traumatisme. Plutôt que d'utiliser la pensée, l'état limite agit lors de situations qui réactivent psychiquement son traumatisme.

Dans cette optique, il est possible de croire que des comportements sexuels problématiques chez les femmes états limites soient en lien avec un traumatisme de nature sexuel. Ces comportements ont plusieurs fonctions qui ont la caractéristique commune de combler des besoins affectifs plutôt que sexuels. Montaldi (2002) suggère

que les femmes états limites tentent de valider leur Moi et d'obtenir la gratification immédiate de leurs besoins affectifs (ex. : recherche d'amour) par leurs comportements sexuels problématiques. Selon Hurlbert, Apt et White (1992), l'amélioration de leur estime de soi est la fonction principale de leurs comportements sexuels problématiques. Selon Rickards et Laaser (1999), les femmes états limites tentent de combler par leurs comportements sexuels problématiques un sentiment de vide et de résoudre leur traumatisme (Rickards & Laaser, 1999) en recherchant un sentiment de contrôle (Rickards & Laaser, 1999) et une identité (Valenti, 2002) ainsi qu'en évacuant leur rage (Rickards & Laaser, 1999)

Finalement, Rickards et Laaser (1999) proposent que les comportements sexuels problématiques des femmes états limites s'expriment par de l'autodestruction. Il semble que ces comportements apaisent la souffrance de manière immédiate. Cependant, cet apaisement ne perdure pas dans le temps. Ce type de comportements est nocif puisqu'il procure davantage de conséquences négatives à long terme.

FUTURES ÉTUDES

Pour les recherches futures, des études de cas pourraient être effectuées afin d'explorer plus en profondeur les éléments retenus dans notre travail. Une analyse pourrait être réalisée en lien avec les comportements sexuels des femmes états limites présentant un traumatisme sexuel qu'il soit de nature psychique, physique ou encore,

psychique et physique. Il serait alors possible d'investiguer leur capacité de mentalisation ainsi que la présence ou non de comportements sexuels problématiques.

D'autres recherches sont suggérées afin d'observer les différences chez les femmes états limites en lien avec les différents comportements sexuels problématiques qu'elles peuvent présenter. Aussi, il serait pertinent d'investiguer davantage, chez ces femmes, l'autodestruction qu'elle s'inflige par leurs comportements sexuels problématiques.

Références

- American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Barnard, G.P., & Hirsch, C. (1985). Borderline personality and victims of incest. *Psychological Reports*, 57, 715-718.
- Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (Éds) (2004). *Abrégé de psychologie pathologique : théorie et clinique* (9^e éd.). Paris : Masson.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Carnes, P.J. (1998). The presidential diagnosis. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 5, 153-158.
- Cappellari, J.C., Eckenrode, J., & Powers, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: findings from the second national incidence and prevalence of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health*, 83, 1622-1624.
- Chabert, C., Ciavaldini, A., Jeammet, P., & Schenckery, S. (2006). *Actes et dépendances*. Paris : Dunod.
- Couture, M., & Tessier, B. (2007). Pertinence et innocuité de la prévention des abus sexuels chez les jeunes enfants : revue de la documentation. Récupéré le 10 mai 2009 de [http : //www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/DSPE-CouMar.Pertinence.pdf](http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/DSPE-CouMar.Pertinence.pdf)
- Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse : A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268-280.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., & Ruan, W.J. (2008). Prevalance, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline

- personality disorder: Results for the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gunderson, J.G., Jonathan, E.M., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Herman, J.L., Perry, C., & van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Hurlbert, D.F., Apt, C., & White L.C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18(3), 231-242.
- Jackson, J.L., Calhoun, K.S., Amick, A.E., Maddever, H.M., & Habif, V.L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19(3), 211-221.
- Kernberg, O.F. (2004). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Rowman & Littlefield.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Laporte, L., & Guttman, H. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and control group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 522-531.
- Lesage, A. (2007). Accessibilité aux soins et délais. Dans R. Labrosse & C. Leclerc, *Trouble de la personnalité limite et réadaptation : Points de vue de différents auteurs* (pp. 17.01 à 17.37). Saint-Jérôme : Éditions Ressources.
- Maltz, W. (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: a couples therapy approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 14, 142-170.
- McLean, L.M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371.
- Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson.
- Mitton, M.J., Links, P.S., & Durocher, G. (1997). A history of childhood sexual abuse and the course of borderline personality disorder. Dans M.C. Zanarini, *Role of*

- sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 181-202). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Montaldi, D.F. (2002). Understanding hypersexuality with an axis II model. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 14*(4), 1-23.
- Murray, J.B. (2005). Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder, and multiple personality disorder. *The Journal of Psychology, 127*(6), 657-676.
- Nigg, J.T., Silk, K.R., Westen, D., Lohr, N.E., Gold, L.J., Goodrich, S., & Ogata, S. (1991). Object representations in the early memories of sexually abused borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 148*(7), 864-869.
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D. & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*(8), 1008-1013.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1992). A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry, 37*(2), 125-128.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1997). Parameters of childhood sexual abuse in female patients. Dans M.C. Zanarini, *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 15-27). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder J. (1994). Psychological risk factor for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry, 35*(4), 301-305.
- Rickards, S., & Laaser, M. (1999). Sexual acting-out in borderline women: Impulsive self-destructiveness or sexual addiction/compulsivity? *Sexual Addiction and Compulsivity, 6*, 31-45.
- Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, A.N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., Schwartz, J., Chinman, G., Land, W., & Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry, 34*(4), 254-257.
- Schulte-Herbrüggen, O., Ahlers, C.J., Kronsbein, J., Rüter, A., Bahri, S., Vater, A., & Roepke, S. (2009). Impaired sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 3356-3363.

- Stone, M.H. (1990). The impacts of life events: Early loss, incest, and parental brutality. Dans M.H. Stone, *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice* (pp. 116-136). New York: Guilford Press.
- Tilelli, J.A., Turel, D., & Jaffe, A.C. (1980). Sexual abuse of children : clinical findings and implications for management. *New England Journal of Medicine*, 302, 319-323.
- Valenti, S.A.M. (2002). Use of object relations and self-psychology as treatment for sex addiction with female borderline patient. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 9, 249-262.
- Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Langeland, W. & van den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-555.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimisation, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S. & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 55-66.
- Wilkins, T.M., & Warner S. (2001). Women in special hospitals: Understanding the presenting behaviour of women diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 289-297.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
- Zanarini, M.C., Dubo, E.D., Lewis, R.E., & Williams, A.A. (1997). Childhood factors associated with the development of borderline personality disorder. Dans M.C. Zanarini, *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 29-44). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Reich, D., Bradford, M.D., Marino, M.F., Haynes, M., & Gunderson, J.G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(2), 65-71.
- Zanarini, M.C., Parachini, E.A., Frankenburg, F.R., Holman, J.B., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline

patients and axis II comparison subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 479-482.