

UNIVERSITE DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNABELLE BOLLENS

LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET LE PASSAGE À L'ACTE  
CONTRE AUTRUI DANS LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

OCTOBRE 1999

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.

## Sommaire

Les passages à l'acte font partie intégrante de la dynamique des personnes atteintes du trouble de personnalité limite. Ils sont soit autoagressifs comme dans l'automutilation et les tentatives de suicide, soit hétéroagressifs lorsque l'agressivité est dirigée contre autrui. Les recherches effectuées dans le domaine du passage à l'acte des sujets avec une organisation limite de la personnalité ont démontré l'existence d'un lien entre ces comportements et la dépression. Cependant, les passages à l'acte mesurés par ces études étaient constitués uniquement de comportements autoagressifs. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a permis de mesurer directement le lien entre le passage à l'acte contre autrui et la dépression. Cette recherche avait donc pour objectif d'étudier le lien entre les comportements hétéroagressifs et la dépression des sujets atteints du trouble de personnalité limite. Pour ce faire, deux groupes de sujets présentant un diagnostic de trouble de personnalité limite sur l'Axe II déterminé par le SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Williams, Gibbon, First & Spitzer, 1992) ont été recrutés en milieu hospitalier et carcéral. Le premier groupe est constitué de 11 sujets masculins n'ayant pas commis de passage à l'acte hétéroagressif et le second est composé de 16 sujets masculins ayant de multiples antécédents de passages à l'acte contre autrui. Les indices dépressifs sont mesurés à l'aide du SCID-I, qui permet de diagnostiquer les troubles de l'humeur sur l'Axe I, et du Rorschach qui, grâce à la constellation DEPI du système de cotation d'Exner, permet d'évaluer les composantes intrapsychiques reliées à la dépression. Les résultats obtenus démontrent que les sujets ayant des comportements hétéroagressifs sont significativement moins nombreux à avoir

présenté un épisode dépressif durant leur vie, qu'ils témoignent d'un nombre total d'épisodes dépressifs durant leur vie significativement moins élevé et qu'ils répondent significativement moins à la constellation DEPI d'Exner que les sujets qui n'ont pas de tels comportements. Ces résultats vont dans le même sens que les conceptions théoriques de Bergeret et de Kernberg qui soutiennent respectivement que l'agir permet d'écartier la dépression et que les individus présentant une organisation limite d'échelon inférieur ne ressentent pas la dépression et ont une forte tendance aux passages à l'acte auto et hétéroagressifs.

## Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction .....	1
Chapitre 1: Contexte théorique.....	3
L'organisation limite de la personnalité .....	4
La dépression dans l'organisation limite de la personnalité.....	16
La violence hétérodirigée dans l'organisation limite de la personnalité .....	21
Lien entre le passage à l'acte et la dépression dans l'organisation limite .....	29
Le Rorschach.....	41
Hypothèses.....	49
Chapitre II: Méthode .....	52
Sujets .....	53
Instruments de mesure .....	54
Procédure .....	56
Chapitre III: Résultats.....	57
Chapitre IV: Discussion.....	63
Conclusion.....	71
Références .....	73

## Liste des tableaux

### Tableau

- 1 Nombre de passages à l'acte contre autrui chez les sujets hétéroagressifs.....54
- 2 Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant à la présence d'au moins un épisode dépressif antérieur.....59
- 3 Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant au nombre d'épisodes dépressifs.....60
- 4 Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant à la réponse à la constellation DEPI.....61
- 5 Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant à la variable nombre de critères positifs sur DEPI.....60

## Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, Madame Suzanne Léveillé, Ph.D., professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à qui elle est redevable d'un soutien constant et de conseils judicieux.

## Introduction

Selon l'American Psychiatric Association (1997), environ 2% de la population générale est atteint d'un trouble de personnalité limite diagnostiqué d'après les critères du DSM-IV. Ce trouble se caractérise par de l'impulsivité et un mode général d'instabilité des relations interpersonnelle, de l'image de soi et des affects (APA, 1997). De plus, les passages à l'acte et les troubles de l'humeur sont souvent observés chez le trouble de personnalité limite. Le lien entre ces deux variables a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs. Cependant, les recherches effectuées jusqu'à présent se sont attardées aux passages à l'acte autoagressifs et aucune, à notre connaissance, n'a évalué la dépression en relation avec les comportements hétéroagressifs. Cette étude porte donc sur la dépression et les passages à l'acte hétéroagressifs des sujets atteints du trouble de personnalité limite. Le but consiste à vérifier si les individus qui ont des comportements hétéroagressifs présenteront davantage de dépression que les sujets sans de tels comportements.

Le présent travail se divise en quatre chapitres principaux. Le premier chapitre aborde le contexte théorique qui situe la recherche par rapport à la dépression et les passages à l'acte chez le trouble de personnalité limite. Cette revue de la littérature permet de poser les hypothèses de recherche qui sont également exposées dans ce chapitre. Le deuxième chapitre décrit l'échantillon de sujets, les instruments de mesure ainsi que le déroulement. La présentation des résultats obtenus suite aux analyses statistiques est traitée au troisième chapitre alors que la discussion relève du quatrième chapitre.

Chapitre 1

Contexte théorique

Ce premier chapitre, qui constitue le contexte théorique de la présente recherche, se divise en six principales sections. Dans la première section, afin de mieux cerner les composantes de personnalité de l'organisation limite, les conceptions théoriques de deux auteurs, Bergeret et Kernberg, seront présentées. La deuxième et la troisième section traitent respectivement de la dépression et de la violence hétérodirigée chez le trouble limite selon ces mêmes auteurs et selon les études empiriques effectuées dans ce domaine. Le lien entre la dépression et le passage à l'acte chez l'organisation limite est abordé dans la quatrième partie. Cette fois, en plus de la théorie de Bergeret et de Kernberg, les travaux de quelques auteurs ayant également travaillé sur ce thème seront brièvement examinés. De plus, les études empiriques qui ont exploré le lien entre ces deux variables feront également l'objet de cette quatrième section. La cinquième partie concerne le Rorschach et la constellation dépressive DEPI. Pour terminer, les hypothèses de recherche seront présentées dans la sixième partie de ce chapitre.

### L'organisation limite de la personnalité

Le concept d'organisation limite de la personnalité a été développé en grande partie par la psychanalyse. Deux psychanalystes se sont particulièrement distingués par leurs apports en ce qui concerne cette organisation. Il s'agit de Jean Bergeret, en France, qui s'inscrit dans un courant de pensée freudien et d' Otto Kernberg,

aux Etats-Unis, dont l'approche est en grande partie d'inspiration kleinienne. Nous exposerons la théorie de ces deux auteurs en ce qui concerne l'organisation limite de la personnalité. Dans un premier temps, nous aborderons la genèse et la relation d'objet de cette organisation selon Bergeret. Dans un deuxième temps, nous présenterons les éléments essentiels qui distinguent, selon Kernberg, l'organisation limite du névrotique et du psychotique. Les thèmes explorés seront : la faiblesse du Moi, les manifestations défensives spécifiques, la pathologie typique des relations d'objets internalisés ainsi que l'élaboration pathologique du Surmoi.

Selon Bergeret (1985), l'organisation limite de la personnalité se trouve dans une position intermédiaire entre la structure de personnalité psychotique et la structure de personnalité névrotique. Cette organisation n'est donc pas considérée comme une structure en soi mais plutôt comme un aménagement «flottant» de la personnalité qui n'est pas aussi stable qu'une structure. Il s'agit d'un état provisoire bien qu'il soit possible que cet état puisse se maintenir tel quel assez longtemps.

L'évolution de l'organisation dite intermédiaire se fait sans trop grandes frustrations primitives. La phase orale et le premier sous-stade anal d'expulsion sont donc traversés assez aisément. Ainsi, il n'y a pas de conflit majeur qui pourrait amener d'importantes fixations à ces sous-stades. Le Moi ne connaît pas une très mauvaise relation initiale à la mère et peut donc dépasser la possibilité d'une préorganisation structurelle psychotique.

C'est le plus souvent au début de l'Œdipe, au cours de la fin de la deuxième année et durant la troisième année, que se produit un traumatisme désorganisateur qui empêche le sujet d'accéder à la triangulation génitale dans des conditions normales. C'est ce que Bergeret appelle le «traumatisme psychique précoce». Il est vécu par le sujet comme une frustration violente, un risque de perte d'objet. L'effet désorganisant de ce traumatisme est attribuable avant tout au fait que le sujet est encore trop mal organisé pour y faire face. Il entre en effet trop hâtivement dans une situation œdipienne alors qu'il n'est pas équipé pour transiger avec cette réalité. L'auteur précise que ce traumatisme doit être compris au sens affectif du terme : il s'agit d'un émoi pulsionnel intense qui survient alors que le sujet se trouve dans un état trop peu mature. Le refoulement est alors difficile à utiliser afin d'éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive et, suite à plusieurs échecs de celui-ci, le sujet utilisera des mécanismes de défenses plus archaïques proches de ceux qu'emploie le psychotique. Le déni des représentations sexuelles, le clivage de l'objet, l'identification projective et le maniement omnipotent de l'objet seront les défenses préconisées.

Ce «traumatisme précoce» entraîne un arrêt de l'évolution libidinale, le sujet entrant dans une sorte de pseudo-latence. Cette pseudo-latence commence plus tôt que la latence normale et se prolonge de façon plus durable, recouvrant la fin de la période œdipienne habituelle, la latence normale, l'adolescence (sans apparition de la crise habituelle) et une partie de l'âge adulte sinon la totalité de celle-ci jusqu'à la mort. Le

sujet évitera ainsi le conflit œdipien. Bergeret explique et illustre ce qu'il entend par le tronc commun de l'état-limite :

« Ce blocage évolutif de la maturité affective du Moi au moment où celle-ci n'est pas davantage différenciée sexuellement, constitue ce que j'ai appelé «le tronc commun des états-limites. » (Bergeret, 1985, p.137)

Selon Bergeret (1993), l'évolution du tronc commun limite conduit les sujets soit vers des aménagements stables soit vers des évolutions aiguës. Les aménagements stables du tronc commun limite s'établissent grâce à un renforcement du système narcissique et s'installeront soit vers la lignée structurelle névrotique (aménagement caractériel) soit vers la lignée structurelle psychotique (aménagement pervers) en demeurant toutefois dans l'astructuration limite. Ceci leur assurera une plus grande stabilité et durabilité. Pour ce qui est de l'aménagement pervers, l'auteur prétend qu'il se risque près de la position psychotique sans bénéficier des défenses solides de cette structure. Afin d'éviter l'angoisse dépressive, il adopte une attitude de déni circonscrit autour du sexe de la femme et de ses représentations symboliques. L'objet partiel qu'est le sexe féminin est nié, il ne doit pas exister, tandis que l'objet partiel phallique se trouve surinvesti narcissiquement. Par ailleurs, les aménagements caractériels arrivent à rejeter à l'extérieur du Moi l'angoisse liée à la perte d'objet. Ils y parviennent grâce à une grande énergie psychique qui permet des formations réactionnelles compliquées mais adaptées à la réalité extérieure. Trois caractères correspondent à cet aménagement : la névrose de caractère, la psychose de caractère et la perversion de caractère. Bergeret désigne par le terme «caractère » le mode de fonctionnement relationnel visible de toute

structure ou astructuration. Ainsi, le sujet avec une névrose de caractère recherche davantage de stabilité en «jouant à la névrose» alors qu'il n'en a pas les moyens structurels, génitaux et œdipien. La psychose de caractère est un aménagement qui éprouve de la difficulté dans l'évaluation de la réalité et non dans le contact avec la réalité comme chez le psychotique. Les côtés désagréables de la réalité objective qui atteignent le narcissisme du sujet seront évalués de manière erronée mais sans pour autant se détacher de la réalité comme chez le psychotique. La perversion de caractère se manifeste chez le sujet par une répétition d'agressions exécutées dans le but de demeurer indirectement respecté. On rencontre également, chez les individus du tronc commun limite, différents autres caractères de type narcissique tels que le caractère abandonnique, de destinée, narcissique-phobique, phallique, dépressif, hypocondriaque, psychasthénique, hypomaniaque ainsi que le caractère psychopathe. Ce dernier caractère se distingue par l'expression de la partie agressive de son anaclitisme sans inhibition et sans retournement contre soi-même comme le font plusieurs autres caractères. La révolte vécue par le psychopathe traduit un débordement affectif. De plus, l'instabilité émotionnelle ainsi que la grande dépendance anaclitique à l'objet entraînent de la labilité affective et de la suggestibilité. Nous reviendrons sur ce type de caractère dans la section traitant de la violence hétérodirigée chez l'organisation limite de la personnalité.

L'évolution aiguë du tronc commun aménagé consiste en une décompensation morbide de l'organisation limite sous forme «d'éclatement du tronc commun» ou

de «décompensation de la sénescence ». Premièrement, l'évolution par «éclatement du tronc commun » a lieu lors d'un deuxième traumatisme psychique désorganisateur. Les événements déclenchants sont variés (mariage, deuil, bouleversements sociaux) et réveillent une ancienne frustration narcissique correspondant au premier traumatisme désorganisateur. Les défenses ne sont plus efficaces et l'angoisse envahit la conscience du sujet qui réagit en remettant en cause toute l'organisation profonde du Moi et ses aménagements provisoires. À ce moment, le sujet ne peut demeurer dans l'aménagement limite actuel; il doit trouver un système défensif plus efficace sinon il sera conduit à la mort soit par suicide ou suite à une faiblesse organique localisée dans un organe (somatisation). Trois voies sont alors possibles : la voie névrotique principalement sur le mode phobique, la voie psychotique essentiellement sur un mode maniaco-dépressif ou mélancolique et la voie de la régression psychosomatique.

La seconde évolution aiguë possible, selon Bergeret (1985), est la «décompensation de la sénescence ». Il s'agit d'un état de décompensation d'une personne à la réputation d'être «hypernormale » et qui advient au moment de sa sénescence physique, intellectuelle, sociale ou affective ou suite à un traumatisme qui le sensibilise au vécu affectif angoissant de la sénescence (par ex. : décès d'un proche parent ou ami, mise à la retraite). Ceci se traduit par un «épisode d'angoisse aiguë » qui peut évoluer selon les modes suivants : mort subite suite à un faux infarctus du myocarde, démence sénile généralement rapide et précoce, affections psychosomatiques diverses, certaines névroses focalisées et très intenses.

Bergeret (1985) décrit la relation d'objet de l'organisation limite comme étant centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre. La raison qui explique ceci est que le Moi du sujet est demeuré bloqué en partie dans son évolution affective et n'a pu parvenir à une psychogenèse de type névrotique. La relation à l'autre ne représente pas, comme pour le psychotique, une relation fusionnelle à la mère. À l'autre extrême, elle ne représente pas non plus, comme pour le névrotique, une relation assez évoluée pour permettre une triangulation génitale. Le sujet limite tente d'être aimé des deux parents. Il veut plaire à part égale à ses deux parents qu'il considère comme des «grands» et non comme des parents sexués. Il manifeste un besoin excessif d'affection, de compréhension, de respect et de soutien. La proximité de l'objet devient une nécessité vitale. Il a besoin d'apports narcissiques continuels. Les lacunes de son Moi ne lui permettent pas de satisfaire ses besoins narcissiques internes et l'objet extérieur est constamment interpellé. Il a besoin de l'autre pour se sentir narcissiquement complet, pour tenter de réparer la profonde blessure narcissique primaire dont il a été victime.

Kernberg (1979) propose un concept du trouble limite différent de celui de Bergeret. En effet, il considère le trouble limite comme une organisation de la personnalité et non comme un état intermédiaire et flottant entre la névrose et la psychose. L'organisation limite est, selon lui, durable et spécifique avec des épisodes psychotiques passagers qui surviennent lors d'un choc sévère ou sous l'influence d'alcool ou de drogue.

Kernberg (1979) distingue les aspects « spécifiques » des aspects « non spécifiques » de la faiblesse du Moi de l'organisation limite. Les aspects « spécifiques » sont essentiellement l'utilisation de mécanismes de défenses primitifs que nous décrirons plus loin. Les aspects « non spécifiques » de la faiblesse du Moi de l'organisation limite comprennent : le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel ainsi que le manque de développement des voies de sublimation. Pour Kernberg, le manque de tolérance à l'angoisse est caractérisé par la formation de nouveaux symptômes, de conduites pathologiques ou d'une régression du Moi dès que le sujet éprouve une angoisse plus grande que celle habituellement ressentie. L'auteur spécifie que c'est la manière dont le Moi réagit à toute charge d'angoisse supplémentaire qui importe et non le degré d'angoisse vécue. Par ailleurs, le manque de contrôle pulsionnel de l'organisation limite se traduit par de l'impulsivité qui amène le sujet à passer immédiatement à l'acte; il s'agit d'une évacuation instantanée des pulsions. Finalement, l'auteur désigne par manque de développement des voies de sublimation une absence de plaisir à créer et à actualiser cette créativité. L'origine de la faiblesse du Moi de l'organisation limite proviendrait, selon Kernberg, d'un manque dans l'intégration des introjections et des identifications précoces.

La synthèse des introjections et des identifications précoces est une tâche essentielle lors du développement et de l'intégration du Moi. Au début de ce cheminement, les introjections et identifications qui s'établissent sous l'influence des pulsions libidinales sont perçues séparément des introjections et identifications élaborées

sous l'influence des pulsions agressives. En effet, les introjections et les identifications établies sous l'influence des pulsions libidinales sont perçues comme positives (ce sont de « bons » objets internes) alors que les introjections et les identifications établies sous l'influence des pulsions agressives sont plutôt négatives (ce sont de « mauvais » objets internes). Le Moi n'a pas encore la capacité d'intégrer la relation d'objet en un tout; celle-ci est soit « bonne » soit « mauvaise ». Par la suite, ce processus servira de défense contre l'angoisse. En effet, en gardant séparées les introjections et identifications qui sont établies sous l'influence des pulsions libidinale et des pulsions agressives, le sujet parviendra à éviter l'angoisse. C'est ainsi que le mécanisme de clivage s'établit et protège le Moi des conflits. Habituellement, le clivage est utilisé durant la première année et est ensuite remplacé par des défenses d'un niveau plus élevé tels que le refoulement, la formation réactionnelle, l'isolation ou l'annulation. Ces défenses plus évoluées ont pour fonction de protéger le Moi des conflits intrapsychiques grâce au rejet hors du conscient des pulsions ou de la représentation mentale de celles-ci. Chez l'organisation limite, le mécanisme du clivage persiste. Kernberg considère qu'en plus d'être l'opération défensive prédominante des sujets limites, le clivage est également la cause fondamentale de la faiblesse du Moi. En effet, en ayant recours à ce mécanisme, le Moi est privé d'une source d'énergie essentielle pour sa croissance. Une des manifestations du clivage est le passage brutal de sentiments contradictoires à l'égard des objets externes devenant tantôt « totalement bons » et tantôt « totalement mauvais ». Le clivage accompagne d'autres mécanismes de défense chez l'organisation limite tels

que l'idéalisation primitive, la projection, l'identification projective, le déni, l'omnipotence/la dévalorisation.

Selon Kernberg (1979), la fixation de l'organisation limite au mécanisme de clivage a lieu entre l'âge de trois mois et d'un an et elle empêche le bon fonctionnement du processus d'intégration des bons et des mauvais objets internes. L'internalisation des relations d'objets est donc pathologique chez ces sujets. Kernberg affirme que deux étapes essentielles doivent être traversées pour qu'il y ait une internalisation normale des relations d'objet. La première consiste en la différenciation entre les images de soi et les images d'objet à l'aide du développement de l'appareil psychique durant les premiers mois de la vie et grâce à la satisfaction et à la frustration des besoins pulsionnels qui favorisera la différenciation entre soi et objets. La deuxième tâche vise de son côté une intégration des images de soi et d'objet élaborées sous l'influence des pulsions libidinales (« totalement bonnes ») avec les images de soi et d'objet correspondantes élaborées sous l'influence des pulsions agressives (« totalement mauvaises ») dans des représentations de soi et d'objet totales.

Dans les psychoses, ces deux tâches ont échoué en grande partie. On retrouve un manque de différenciation des images de soi et d'objet et un retour à la fusion régressive. Ainsi, les frontières du Moi ne peuvent s'établir. Par ailleurs, l'organisation limite, dans une certaine mesure, échoue l'une de ces étapes. En effet, bien que le manque de différenciation des images de soi et d'objets et le retour à une fusion

régressive de ces images ne soient pas prédominants, la deuxième tâche demeure lacunaire. La fixation pathologique au mécanisme de clivage empêche le processus d'intégration des bons et des mauvais objets internes. Selon Kernberg, l'incapacité de faire la synthèse des introjections positives et négatives est également due à un manque constitutionnel de tolérance à l'angoisse, à une agressivité primaire excessive ou à de l'agressivité secondaire aux frustrations.

Le clivage qui protège le Moi d'un conflit intolérable de même que la pathologie des relations d'objets internalisées présentent plusieurs conséquences structurelles importantes. Elles ne permettent pas le développement d'un concept de soi intégré et gênent gravement l'élaboration du Surmoi. En effet, le manque d'intégration des bons et des mauvais objets internes provoque une perception des objets irréaliste et ceux-ci ne peuvent être appréciés objectivement. Ainsi, les mauvais objets internes liés aux conflits prégénitaux, les frustrations importantes et l'agressivité intense sont trop puissants pour être tolérés et se trouvent projetés sous forme de mauvais objets externes dangereux et menaçants. La projection que le sujet limite fait de ses pulsions sadiques orales et anales sur la mère contamine également l'image du père à cause des opérations de clivage excessif qui empêche la différenciation entre le père et la mère. Il en résulte une déformation paranoïde des images parentale précoces. Pour se défendre contre ces images père-mère agressives et dangereuses, le sujet utilise des images de soi « totalement bonnes » et crée des idéaux de pouvoir, de grandeur, de perfection. Il élabore ainsi des images d'un soi idéal mégalomane. Les contradictions entre les

images d'objet idéal excessivement bonnes et des précurseurs surmoïques extrêmement sadiques empêchent l'intégration du Surmoi. Le Surmoi de l'organisation limite contient donc essentiellement des rejets d'images parentales déformées, primitives et agressives.

Par ailleurs, Kernberg considère qu'il y a différents échelons dans la pathologie et qu'il est possible de les ranger le long d'un continuum allant d'un échelon supérieur à un échelon inférieur selon les mécanismes de défense et l'élaboration du Surmoi. Ainsi, les personnalités hystériques, qui présentent généralement une organisation névrotique, se situent dans l'échelon supérieur. La plupart des personnalités infantiles présentent une organisation limite et se positionnent à l'échelon moyen. Par ailleurs, la majorité des personnalités narcissiques typiques présentent une organisation limite et se retrouvent dans l'échelon inférieur bien qu'elles chevauchent l'échelon moyen. De la même façon, il existe différents échelons à l'intérieur de chaque trouble de personnalité. En effet, d'après l'auteur, il existe différents niveaux dans la problématique limite allant d'un échelon supérieur, c'est-à-dire plus près de la structure névrotique, à un échelon inférieur, plus près de la structure psychotique. À l'échelon supérieur, on retrouve la personnalité dépressive et la personnalité masochiste. Ces personnalités possèdent une meilleure intégration du Moi et du Surmoi. Au niveau de l'échelon moyen, on rencontre les personnalités sadomasochistes et les personnalités infantiles qui possèdent une culpabilité moins importante, leur surmoi n'étant pas aussi bien intégré. L'échelon inférieur regroupe les personnalités où le Surmoi est le moins intégré. Il s'agit des

personnalités masochistes avec une auto-destructivité primitive et des personnalités narcissiques. Les personnalités narcissiques présentent des relations d'objet internalisées intenses, primitives avec un aspect effrayant et ont une incapacité à compter sur de bons objets internalisés. De plus, le narcissique se distingue de l'état-limite par son soi grandiose qui lui permet de compenser pour la faiblesse du Moi. Kernberg mentionne également que la personnalité antisociale, qui fait partie du groupe des personnalités narcissiques, possède une pathologie particulièrement sévère du Surmoi.

#### La dépression dans l'organisation limite de la personnalité

Cette deuxième section aborde la question de la dépression vécue par l'état-limite. Dans un premier temps, afin de mieux comprendre cette problématique, les théories de Bergeret et de Kernberg seront présentées. En dernier lieu, nous ferons état des études empiriques effectuées jusqu'à présent dans le domaine.

Bergeret (1992) considère que l'angoisse particulière de l'organisation limite est une angoisse de dépression directement reliée à l'angoisse de perte d'objet. L'angoisse de dépression survient dès que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de se dérober. Il craint de perdre son objet sans lequel il pourrait sombrer dans la dépression. Cette angoisse de dépression n'est jamais très loin malgré des périodes d'apparente hypomanie et de bruyante euphorie. Elle se distingue de l'angoisse de morcellement

vécue par le psychotique qui est une angoisse sinistre de désespoir et de repli. Elle se distingue également de l'angoisse de castration du névrotique qui est une angoisse de faute, dirigée vers un futur anticipé sur un mode érotisé. L'angoisse de dépression vécue par l'état-limite réfère à la fois du passé et du futur. Il vit la douleur d'un passé malheureux avec l'espoir que la relation anaclitique à l'autre permettra un sauvetage.

Kernberg (1979) affirme de son côté que le manque de synthèse entre les images contradictoires de soi et d'objets entrave la différenciation normale des diverses formes des affects du Moi et il y a alors présence d'une tendance à l'émergence d'affects primitifs. De plus, lorsque l'interconnexion entre les introjections « totalement bonnes » et « totalement mauvaises » n'a pas lieu, alors les affects de dépression, de sollicitude et de culpabilité ne sont pas ressentis. En effet, l'aptitude du Moi à la réaction dépressive dépend en grande partie de la tension entre les images contradictoires du soi qui sont présentes lorsque les images du soi bonnes et mauvaises sont intégrées. Ce n'est que lorsqu'elles sont intégrées que l'individu peut reconnaître sa propre agressivité à l'égard de l'objet total, ce qui provoquera culpabilité et sollicitude envers l'objet. Les réactions dépressives chez le sujet limite ont un aspect de rage impuissante avec l'impression d'avoir été vaincu par des forces extérieures plutôt qu'un sentiment de deuil face au bon objet perdu et de regret face à sa propre agressivité. Kernberg distingue différentes qualités de dépression selon que celle-ci s'accompagne ou non de sentiment authentique de culpabilité, de remords et de sollicitude. En effet, plus il y a présence de ces sentiments, plus cela traduit l'intégration du surmoi. Ainsi, l'organisation limite

d'échelon inférieur telle que la personnalité antisociale ressent moins d'affects dépressifs à cause de sa pathologie sévère du surmoi.

De nombreuses recherches ont tenté de clarifier la relation entre le trouble de personnalité limite et la dépression. Une difficulté importante est cependant rencontrée dans l'évaluation de la comorbidité du trouble limite et des troubles de l'humeur. Cette difficulté vient du fait que quatre critères diagnostiques du trouble limite dans le DSM-IV sont reliés à l'humeur : instabilité affective, sentiment chronique de vide ou d'ennui, colère intense et inadéquate ou non contrôlée, comportements, gestes ou pensées suicidaires fréquents. En conséquence, les recherches sur la comorbidité peuvent être biaisées par des critères partagés par les deux troubles (Gunderson et Phillips, 1991).

Jusqu'en 1985, les études empiriques (Akiskal, 1981 ; Pope, Jonas, Hudson, Cohen et Gunderson, 1983; Friedman, Aronoff, Clarkin, Corn et Hurt, 1983; Gunderson et Elliott, 1985) ont généralement appuyé l'hypothèse voulant qu'il existe un lien entre le trouble de personnalité limite et la dépression. Gunderson et Elliott (1985) ont cependant insisté sur le fait qu'il s'agit d'une relation non spécifique, c'est-à-dire que les deux troubles partagent des étiologies différentes.

Depuis 1985, de nouvelles recherches ont remis en question cette hypothèse. En effet, certaines études (Barash, Frances, Hurt, Clarkin et Cohen, 1985; Zanarini, Gunderson et Frankenburg, 1989; Fyer, Frances, Sullivan, Hurt et Clarkin, 1988) ont

démontré que d'autres diagnostics sur l'Axe II (trouble de personnalité dépendante, évitante, narcissique, schizoïde) rencontrent autant sinon plus de critères du trouble dépressif que le trouble de personnalité limite. L'évaluation d'échantillons de sujets dépressifs a démontré que les autres troubles sur l'Axe II sont autant sinon plus associés à la dépression que ne l'est le trouble limite (Shea, Glass, Pilkonis et Watkins, 1987; Pfohl, Stangl et Zimmerman, 1984). L'étude de Shea et al. (1987) portant sur un échantillon de dépressifs non hospitalisés a relevé très peu de sujets avec un trouble de personnalité limite (de 2% à 8%). Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés étaient notamment le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante et dépendante.

Par contre, d'autres études continuent d'appuyer la relation entre le trouble limite et la dépression. Perry (1985) a étudié un échantillon de 82 sujets recrutés dans un centre ambulatoire de santé mentale. Il a comparé un groupe de sujets démontrant un trouble de personnalité limite à des groupes de sujets présentant le trouble de personnalité antisociale et le trouble de l'humeur bipolaire II. Les résultats de cette étude démontrent une corrélation positive entre le trouble de personnalité limite et les symptômes dépressifs (ex : appétit, sommeil, pensées récurrentes de mort). La dysthymie est également associée de façon significativement plus élevée au trouble de personnalité limite. Les 23 sujets du groupe limite, sans trouble de personnalité antisociale, ont tous répondu avoir été déprimés la plupart du temps pendant deux ans ou plus au moins une fois dans leur vie. À l'opposé, cette relation est négative pour les

symptômes dépressifs chez le trouble de personnalité antisociale. Par ailleurs, la présence d'un diagnostic de dépression majeure à vie n'est pas significativement différent entre les groupes, les scores étant élevés dans tous les groupes.

Plus récemment, l'étude de Links, Heslegrave, Mitton, Van Reekum et Patrick (1995) a démontré un lien étroit entre trouble limite et dépression. Au début de l'étude un groupe de 130 sujets a été sélectionné. Parmi eux, 88 présentaient un trouble de personnalité limite selon le Diagnostic Interview for Borderlines (DIB) et 42 manifestaient des traits de la personnalité limite sans être diagnostiqués ainsi avec le DIB. Sept ans plus tard, 81 sujets ont pu être réévalués et ont été divisés en deux groupes : ceux qui manifestaient alors le trouble de personnalité limite (47,7%) et ceux qui ne le manifestaient pas (52,6%). Les états-limites, sept ans plus tard, ont démontré significativement plus de diagnostic de dépression majeure et de dysthymie que les individus dont le diagnostic n'était plus un trouble limite de la personnalité. Cette étude révèle également que la sévérité du trouble de personnalité limite prédit le risque de récurrence d'épisode de dépression majeure et cela, indépendamment des antécédents de dépressions.

La recension des écrits indique donc que la relation n'est pas clairement établie entre le trouble limite et la dépression. Bien que le trouble de personnalité limite rencontre souvent les critères de dépression sur l'Axe I, il en est de même pour d'autres troubles de la personnalité et ceci, selon certains auteurs, en proportion équivalente

sinon supérieure au trouble limite. Par ailleurs, les diagnostics de dépression et de dysthymie des recherches ci-haut mentionnées ont, pour la plupart, été évalués d'après les critères du DSM-III ou IV. Perry (1990), pour sa part, a utilisé différents tests pour mesurer la dépression (Profil of Mood States (POMS), Hamilton Rating Scale for Depression, Research Diagnostic Criteria (RDC)); il en arrive à la conclusion qu'il existe une relation positive entre le trouble limite et les symptômes dépressifs sans qu'il y ait nécessairement présence du diagnostic de dépression sur l'Axe I. Ceci démontre l'importance d'utiliser différents tests mesurant la dépression plutôt que de se limiter au seul diagnostic sur Axe I.

#### La violence hétérodirigée dans l'organisation limite de la personnalité

Cette section traite du thème des passages à l'acte hétérodirigés chez l'état-limite. Ce phénomène sera d'abord expliqué en tenant compte de la perspective de Bergeret, puis de celle de Kernberg. Ensuite, les recherches dans ce champ d'intérêt seront abordées.

Bergeret (1984) a exploré la violence vécue chez l'état-limite. Il parle d'une violence archaïque, foncière et instinctuelle qui n'est ni de la haine ni de l'agressivité. Cette violence n'est pas encore objectalement définie de manière précise. Elle est innée, elle est la même pour tous les individus au départ et elle évoluera par la suite selon la structure de personnalité. Bergeret la distingue de la violence vécue par le névrotique et

le psychotique. Chez le névrotique, une intégration progressive des éléments imaginaires violents primitifs aura lieu. Ceci se fera avec une visée objectale et amoureuse exécutée sous le couvert de la libido. Cette intégration, qui se manifeste tout au long de l'évolution vers la structure névrotique, permettra au sujet d'utiliser sa violence primitive dans le cadre d'une créativité positivement érotisée. Par ailleurs, le parcours vers la structure psychotique ne permet pas cette intégration de la violence sous le primat de l'Œdipe. Des parties de la pulsion libidinale seront récupérées par la violence, qui aura une composante érotique et une visée objectale précise. Le psychotique vivra sa violence sous forme de haine, d'agressivité, de sadisme et de masochisme, des produits plus complexes de la violence primitive. La violence chez le sujet limite n'est ni le produit d'éléments violents instinctuels primitifs, ni d'éléments libidinaux progressivement mis à jour. En effet, ce qui caractérise la violence de ce dernier est qu'elle est demeurée à l'état « libre » dans une personnalité inachevée, qui n'a pas choisi l'une ou l'autre solution d'utilisation de la violence. À cause de la faiblesse de sa personnalité, l'état-limite va demeurer stupéfait devant sa violence foncière. Il ne saura quoi en faire, à l'intérieur comme à l'extérieur de lui-même. Bergeret affirme que la seule secondarisation possible chez ces sujets est un éventuel masochisme moral. Cette forme de violence contre soi-même n'est toutefois pas une manière efficace de se protéger. Au contraire, c'est une voie à haut risque d'attaque de soi-même où peut toujours poindre le suicide, quelle qu'en soit la forme apparente.

De plus, Bergeret (1985) explique que parmi les caractères du tronc commun des états-limites, c'est le caractère psychopatique qui exprime le plus ouvertement son agressivité. En effet, les décharges agressives sont instantanées car le principe de plaisir est tel qu'il empêche les conflits sadiques-oraux d'être vécus intérieurement. Le sujet, à cause de la faiblesse de son Moi, s'estime oublié, frustré et mal aimé de son objet anaclitique et tente par toutes sortes de comportements plus ou moins agressifs d'attirer son attention. Bergeret souligne également que malgré la violence que manifestent ces sujets, les suicides fréquents de leur part témoignent de l'imminent facteur dépressif derrière ces agirs parfois spectaculaires.

Selon Kernberg (1992) l'agressivité excessive qu'on rencontre chez l'organisation limite peut provenir soit de l'intensité constitutionnelle des pulsions agressives, soit de frustrations précoces sévères. Dans les deux cas, l'agressivité survient en raison d'un manque de contrôle pulsionnel. Elle permet de satisfaire des besoins pulsionnels agressifs pré-génitaux qui ne peuvent être neutralisés car la source la plus importante de neutralisation de l'agressivité est la synthèse des introjections et identifications de qualité opposées. Kernberg mentionne à ce sujet :

« On retrouve de façon notable dans l'organisation limite de la personnalité des tendances très sévères à l'hétéro et à l'autoagressivité liées aux images précoces de soi et d'objet. » (Kernberg, 1979, p.54)

Par ailleurs, les recherches dans le domaine de la violence associent les comportements hétéroagressifs à deux troubles de personnalité inclus dans la quatrième édition du « Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders » (DSM IV). Il

s'agit, du trouble de personnalité limite et du trouble de personnalité antisociale (Reid et Balis, 1987). Les tendances agressives et criminelles associées au trouble de personnalité antisociale sont bien établies. En effet, les sujets avec le trouble de personnalité antisociale ont rencontré, dès leur enfance, des problèmes de comportements à la maison et à l'école. Ces troubles de comportements se poursuivent à l'âge adulte avec un anticonformisme face aux normes sociales dans plusieurs domaines tels que le travail, la famille et les autres relations interpersonnelles. Ces sujets ont tendance à être impulsifs, agressifs et sont dénués de capacité normale pour l'amour, la culpabilité et la coopération avec les figures d'autorité. D'ailleurs, ils en viennent généralement à des conflits avec le système judiciaire (Robins, Tipp et Przybeck, 1991). Hare (1980) a démontré que 76% d'un échantillon de prisonniers masculins rencontraient les critères du DSM-III pour le trouble de personnalité antisociale. Par ailleurs, une étude effectuée par Robins et al. (1991) a révélé que 85% d'un échantillon de 628 sujets avec un trouble antisocial présentait une histoire de violence. Certaines recherches ont également démontré que le trouble de personnalité antisociale était prédicteur de comportements violents et de récidive (Hare et McPherson, 1984; Harris, Rice et Cormier, 1991).

Pour les besoins de la présente recherche, les études sur les comportements violents chez le trouble de personnalité limite seront examinées plus en détail. Un des critères diagnostics du trouble limite dans le DSM IV est une colère intense et inadéquate ou une colère non contrôlée qui peut se présenter sous forme d'une

démonstration fréquente du tempérament, de colères constantes ou de batailles physiques fréquentes (American Psychiatric Association 1997, page 768). Ce critère est souvent observé chez ces sujets et la littérature clinique en fait régulièrement mention. Il ne paraît donc pas surprenant qu'on associe fréquemment les comportements violents au trouble de personnalité limite (Hamberger et Hasting, 1988).

Parmi les comportements violents rencontrés chez l'état-limite, ce sont les agirs autoagressifs qui ont fait l'objet du plus d'investigation. Les auteurs qui ont étudié ce type de passage à l'acte arrivent à la conclusion qu'il y a plus de comportements suicidaires et automutilatoires chez ceux qui possèdent un diagnostic de personnalité limite que chez tout autre trouble de personnalité ou autre problématique telle que la schizophrénie ou un diagnostic de dépression majeure (Perry et Klerman, 1980; Raczek, True et Fiend, 1989; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt et Gilmore, 1983).

Moins de recherches ont évalué les comportements violents envers autrui chez le trouble limite. Soloff et Ulrich (1981) ont étudié ce phénomène et en sont arrivés à des différences significatives entre un groupe de sujets limites, un groupe de schizophrènes et un groupe de patients dépressifs dans l'évaluation des problèmes avec la loi, des assauts ou autres actions antisociales impulsives. Les résultats démontrent que le groupe de sujets limites commettait significativement plus d'actes agressifs. Perry et Klerman (1980) n'ont pas établi de différence significative entre le trouble limite et les autres diagnostics psychiatriques pour les assauts physiques ou les menaces de violence envers

une autre personne. Cependant, ils en sont arrivés à une différence significative quant aux destructions de propriété d'autrui, le trouble limite rapportant plus de comportements destructeurs envers les biens d'autrui.

Dans une étude conduite par Waltz (1994), 48 femmes qui rencontraient les critères du diagnostic du trouble de personnalité limite du DSM-III-R et les critères pour la personnalité limite de Gunderson ont été étudiées. Tous les sujets avaient un minimum de deux comportements autoagressifs dans les 5 années précédentes dont au moins une dans les 8 dernières semaines. Trois types de comportements violents ont été recensés ainsi que le pourcentage de sujets qui a commis ces actes : assaut contre autrui (38%), menace de violence envers une autre personne (35%), violence contre une propriété (63%). Ces résultats suggèrent qu'au moins chez les sujets limites qui ont des comportements autoagressifs, le pourcentage de comportements hétéroagressifs est élevé et la violence contre la propriété se situe au premier rang de ces comportements. Un groupe de comparaison de sujets sans trouble de personnalité limite aurait permis de démontrer si ce pourcentage élevé de violence contre la propriété d'autrui est significativement plus élevé chez le trouble limite. Néanmoins, tout comme l'a indiqué Perry et Klerman (1980), la destruction de propriété semble être un comportement agressif fréquent chez le trouble limite.

Snyder, Pitts et Pokorny (1986) ont étudié les dossiers médicaux ainsi que les tests psychologiques de 4 800 sujets hospitalisés. D'après ces dossiers et un

questionnaire historique, ils ont identifié la présence d'usage récent de violence physique à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. De plus, grâce à l'administration de 17 items du 42-items Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), ils ont évalué la présence de symptômes du trouble limite. Une association significative entre les traits limites et les comportements violents récents, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, est ressortie de cette étude. En effet, plus le score était élevé sur le BPRS, plus le nombre de comportements violents était important.

Raine (1993) a évalué les comportements violents chez le trouble de personnalité limite en le comparant avec le trouble schizotypique. L'échantillon se composait de 37 sujets masculins volontaires détenus dans une prison de haute sécurité en Angleterre. Les sujets ont été divisés en 3 groupes : meurtriers (35%), délinquants violents (14%) (détenus suite à une agression directe contre une personne : assaut, blessure ou viol), non violents (51%) (drogue, fraude, cambriolage, et vol sans violence). Les diagnostics à l'Axe II ont été évalués d'après les critères du DSM-III et à l'aide du Diagnostic Interview for Borderlines (Kolb et Gunderson, 1980). Les diagnostics des deux troubles ont été cotés sur une échelle de 5 points (1= définitivement absent ; 5= définitivement présent). Les résultats démontrent que les meurtriers ont une présence significativement plus élevée de diagnostic de trouble de personnalité limite que les détenus non violents. De plus, une relation linéaire significative est présente entre l'échelle de diagnostic du trouble limite et la violence des comportements. En effet, plus le trouble était présent, plus les comportements étaient violents. Aucune différence n'a été observée chez le

trouble schizotypique entre l'échelle de diagnostic du trouble et la violence des comportements. Les auteurs ont également vérifié s'il existait une différence entre les groupes par rapport aux critères diagnostics du trouble limite. Il en ressortait que le critère « instabilité affective » de même que celui de « modèle de relations intenses et instables » étaient significativement plus élevés chez les meurtriers que chez les non-violents. Les autres critères ne révélaient pas de différence significative de groupe chez les sujets limites.

Le lien est moins clair entre le trouble de personnalité limite et l'hétéroagressivité qu'il ne l'est avec l'autoagressivité. Plusieurs difficultés existent dans les études de l'agressivité chez l'état-limite. Un de ces problèmes est que les sujets sont souvent recrutés dans des milieux hospitaliers où un pourcentage élevé de femmes s'y trouvent suite à des épisodes dépressifs et des comportements autoagressifs. En effet, on retrouve moins de sujets hétéroagressifs, généralement de sexe masculin, dans ces milieux. Ainsi, à moins que le recrutement soit effectué dans des milieux différents tel que le milieu carcéral, les sujets hétéroagressifs sont disponibles en nombre limité en psychiatrie. Par ailleurs, les études effectuées en milieu carcéral se sont généralement intéressées au diagnostic de trouble antisocial plutôt qu'à celui de trouble de personnalité limite (Abram, 1990). Une autre difficulté réside dans le fait que l'agressivité et la colère impulsive sont des critères utilisés pour diagnostiquer le trouble limite. Le diagnostic de trouble limite et l'estimation du comportement violent ne sont donc pas indépendants l'un de l'autre (Waltz, 1994).

### Lien entre le passage à l'acte et la dépression dans l'organisation limite

Cette quatrième partie résume la pensée de Bergeret et Kernberg. Elle introduit également les théories de différents autres auteurs qui se sont intéressés à la dépression et aux passages à l'actes hétéroagressifs chez l'état-limite. De plus, les études effectuées en lien avec la dépression et les passages à l'acte hétéroagressifs seront abordées. Pour terminer, étant donné le peu de recherche empiriques dans le domaine de l'hétéroagressivité, un bref résumé des recherches effectuées sur l'autoagressivité et la dépression complétera cette section.

Bergeret et Kernberg ont des perspectives différentes sur la dépression et l'agressivité dans l'organisation limite sans qu'elles ne soient pour autant contradictoires. Selon Bergeret (1985), la menace dépressive, reliée à l'angoisse de perte d'objet, plane continuellement sur le sujet limite qui pourrait agir de façon agressive afin d'écarter ces affects douloureux. Par ailleurs, Kernberg (1979) affirme que l'intégration entre des images contradictoires de soi et d'objets du sujet limite est insuffisante pour qu'il y ait neutralisation de l'agressivité. Les décharges agressives chez ces sujets sont donc fréquentes. De plus, le manque d'intégration a comme conséquence d'entraîner des lacunes au niveau de l'expérience de la dépression. En effet, plus la problématique se situe au niveau des échelons inférieurs, moins la dépression est ressentie.

D'autres auteurs se sont également intéressés à la dépression et aux comportements violents chez le trouble limite. Par l'observation et le traitement thérapeutique d'hommes incarcérés ayant commis des actes délinquants graves, Balier (1988) a permis une meilleure compréhension de la dynamique des passages à l'acte. Il constate que la majorité des sujets de la population carcérale présentent un trouble limite de la personnalité et ont recours de façon répétée aux passages à l'acte qu'ils utilisent comme décharge de toute tension et comme protection contre une désorganisation de type psychotique. Des épisodes psychotiques dans la vie du psychopathe ne sont d'ailleurs pas rare. Le même auteur constate également des épisodes dépressifs à peine perceptibles, cachés sous l'envergure des passages à l'acte. Des périodes de tristesse, de vide relié à la peur de perdre l'objet sont vécues par les sujets. De plus, Balier va dans le même sens que Kernberg en affirmant qu'il existe un sentiment mégalomane chez les psychopathes, sentiment dû à l'introjection de l'objet idéalisé. Cependant, avec l'incarcération, la toute-puissance narcissique qui terrorisait l'entourage devient dépression, la violence comportementale devient angoisse et la possessivité devient peur panique de l'abandon. L'agir trahit en fait une incapacité de maîtrise des pulsions avec un Moi trop faible pour en assumer les conséquences et une incapacité à intégrer la position dépressive. De plus, lorsque ces sujets sont incarcérés, il se produit des changements dans leur symptomatologie. En effet, la tension que provoquent les manifestations agressives qui ne peuvent plus s'extérioriser trouve d'autres voies de décharge. Les réactions hétéroagressives deviennent autoagressives (automutilations, tentatives de suicide, grèves de la faim) et les maladies digestives deviennent fréquentes.

Gray (1976) a observé chez de jeunes contrevenants la présence de dépression latente qui n'est généralement pas exprimée sous forme habituelle. En effet, les sentiments de dépression et de faible estime de soi sont cachés sous des agirs violents. C'est ainsi que ces comportements ont pour fonction d'éliminer temporairement les sentiments de dépression et de faible estime de soi. En effet, pendant le laps de temps que dure l'agir, le sujet se place dans la position du plus fort et ressent de l'euphorie. L'auteur explique que le traitement de ces sujets doit se faire de telle façon qu'ils puissent apprendre à vivre la dépression activement, c'est-à-dire à la ressentir et à la supporter plutôt que de chercher à l'évacuer.

Dorfman (1974), Harrer et Kofler-Westergren (1986) et Lesse (1980) ont partagé le même point de vue voulant que la dépression peut être masquée par une variété de signes et de symptômes tels que les comportements violents, l'abus d'alcool et les symptômes psychosomatiques. Il s'agit, pour ces auteurs, d'aller plus loin que la simple observation des symptômes manifestes et d'envisager la possibilité d'un vécu dépressif sous ces comportements.

Scharbach (1988) a affirmé que l'angoisse de séparation qui pèse sur le sujet limite et certains facteurs de l'environnement comme la solitude (qui rappelle la trop grande distance par rapport à l'objet) en combinaison avec un mauvais contrôle pulsionnel peuvent contribuer à d'imprévisibles déstructurations et à des passages à l'acte impulsifs. Les tensions pulsionnelles et la violence fondamentale ne peuvent faire

l'objet d'une élaboration psychique et ne peuvent qu'être déchargées dans un comportement régressif de mise en acte. De plus, l'auteur souligne que l'irritabilité des sujets limites s'associe souvent aux traits dépressifs.

Bénézech (1991), qui s'est intéressé aux homicides, a affirmé que trop peu d'études scientifiques ont été faites sur le rapport dépression-meurtre. Selon lui, l'apparition ou l'existence d'un état dépressif est l'un des meilleurs prédicteurs de dangerosité psychiatrique et elle l'est particulièrement lorsqu'elle s'associe à une crise existentielle, à une psychose délirante, à une problématique passionnelle de perte d'objet, à des troubles mentaux liés à l'usage d'alcool et de stupéfiants, à une personnalité pathologique type psychopathe-limite.

Le lien entre l'hétéroagressivité et la dépression a fait l'objet de plusieurs études empiriques sans qu'elles ne tiennent nécessairement compte du diagnostic sur l'Axe II. Les études faites dans le domaine de la violence conjugale ont exploré le lien possible entre les comportements des hommes violents envers leur partenaire et la dépression. Les hommes qui battent leur femme peuvent, en effet, être classés à haut risque de dépression (Davidovich, 1990). Flournay et Wilson (1991) ont étudié 56 sujets masculins ayant des comportements violents dans leur famille. Ces hommes ont été recrutés lors d'un programme de gestion de la violence ordonné par la cour. Le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) a été administré à tous les sujets et les résultats indiquent que les hommes présentant des comportements agressifs envers leur

partenaire agissent de façon impulsive puis minimisent ou mettent la faute sur un objet extérieur à eux. Ils se sentent également inadéquats et mécontents d'eux-mêmes; ils sont excessivement dépendants de leur conjointe et ont une forte tendance aux dépressions situationnelles et à la dépendance aux substances psychoactives. Cette étude n'a pas utilisé de groupe de comparaison d'hommes non violents, ce qui aurait permis l'examen des différences possibles entre ces groupes.

Maiuro, Cahn, Vitaliano et Wagner (1988) arrivent également à la conclusion que dépression et violence conjugale sont reliées. Ils ont divisé un échantillon de 129 sujets masculins en quatre groupes : sujets avec comportement de violence familiale, 2 groupes d'hommes qui commettent de la violence généralisée et un groupe contrôle d'hommes non violents. La dépression a été évaluée à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck. Le groupe d'hommes présentant des comportements de violence familiale a eu des résultats significativement plus élevés de dépression que le groupe à violence généralisée et que les non violents. Cette recherche, en plus de démontrer la différence de niveau de dépression entre violents et non violents, indique également la distinction à faire entre les comportements violents au foyer et en général, les comportements de violence familiale étant commis par des hommes plus déprimés.

Saunders (1992) a quant à lui évalué 165 hommes admis à un programme pour hommes violents envers autrui. Trois types d'hommes à comportements violents ont été identifiés : agresseur familial exclusivement, agresseur généralisé, agresseur

émotionnellement explosif. Le groupe d'agresseurs familiaux rapportait le plus de satisfaction relationnelle, le moins de conflits conjugaux et infligeait le moins d'abus psychologiques. De plus, ce groupe possédait un faible niveau de colère, de dépression et de jalousie. Le groupe d'agresseurs généralisés était plus enclin à être violent à l'extérieur de la maison et à utiliser des comportements de violence sévère. Ils possédaient également un faible niveau de colère et de dépression. C'est le groupe composé d'individus émotionnellement explosifs qui a obtenu le plus haut niveau de colère, de dépression et de jalousie. Les sujets de ce groupe étaient également plus insatisfaits de leur relations interpersonnelles et infligeaient plus d'abus psychologiques. Tout comme dans l'étude de Flournay et Wilson (1991), Saunders n'a pas utilisé de groupe de comparaison afin d'évaluer les différences entre agresseurs et non-violents.

Les agressions généralisées comprennent autant les comportements violents dans la famille qu'à l'extérieur, dans les autres relations interpersonnelles. Hale, Zimostad, Duckworth et Nicholas (1988) se sont intéressés à ce dernier type d'agression. Ils ont administré le MMPI à 67 sujets masculins qui se disaient concernés par de leurs comportements violents dans leurs relations interpersonnelles. Les résultats ont révélé une faible estime de soi ainsi qu'une tendance à être dépendants dans leurs relations aux autres. De plus, les auteurs ont observé chez ces sujets de l'impulsivité, peu de respect pour les normes sociales, de fréquentes difficultés avec les lois et la famille, de la dépression situationnelle, un sentiment d'inadéquacité et une tendance aux abus de substances.

Le domaine criminel en lien avec la dépression a également été étudié sans tenir compte des troubles de personnalité associés. Modestin, Hug et Ammann (1997) ont étudié 261 sujets masculins hospitalisés présentant un trouble de l'humeur. Un taux de criminalité plus élevé a été trouvé chez les sujets bipolaires et chez ceux avec dépression mineure ou récurrente. Aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes pour ce qui est de la dépression majeure. Par ailleurs, l'étude de 1 140 criminels masculins récemment incarcérés a démontré qu'il existe un lien direct entre un diagnostic de dysthymie (actuelle ou passée) et une arrestation ou une histoire d'incarcération pour vol et de nombreuses bagarres depuis l'âge de 15 ans. La dépression récurrente était significativement associée à une histoire d'incarcérations pour vols et les symptômes dépressifs associés à de multiples bagarres à l'âge adulte (Collinis et Bailey, 1990).

Perry et Cooper (1986) sont, à notre connaissance, les seuls à avoir exploré la dépression et les comportements hétéroagressifs spécifiquement chez le trouble de personnalité limite. Ils l'ont fait de façon indirecte lors d'une étude sur les mécanismes de défense et les conflits associés au trouble de personnalité limite. L'échantillon de cette recherche est composé de 91 sujets divisés en trois groupes : trouble de personnalité limite, trouble de personnalité antisociale et trouble de l'humeur bipolaire II. Perry et Cooper ont choisi comme variables de comparaison deux troubles qu'ils considèrent comme de proches voisins du trouble limite: le trouble antisocial, qui partage avec ce dernier une problématique d'impulsivité et le trouble de l'humeur

bipolaire II, qui partage avec le même trouble une problématique reliée à l'humeur. Les sujets ont été recrutés de trois différentes manières. Certains ont été recrutés dans un centre ambulatoire de santé mentale (49%), d'autres par la publicité qui recherchait des volontaires affichant certains symptômes pour chacun des groupes (45%) et un certain nombre au centre de probation de la cour locale (7%). Le trouble de personnalité limite a été diagnostiqué d'après les critères du DSM-III et ceux du Borderline Personality Disorder Scale. Le trouble de l'humeur bipolaire II a été diagnostiqué d'après le Research Diagnostic Criteria, qui permet de connaître l'histoire des dépressions mineures, majeures ou récurrentes et d'hypomanie (période expansive, d'euphorie ou humeur irritable durant sept jours ou plus avec deux symptômes ou plus) sans histoire d'épisode maniaque. Le trouble antisocial a, quant à lui, été diagnostiqué d'après les critères du DSM-III, qui tiennent compte des troubles de conduite avant l'âge de 15 ans et des comportements antisociaux après 18 ans. Les tests utilisés pour estimer la dépression ont été le « Depressive Experiences Questionnaire » (DEQ) et le « Profil of Mood States » (POMS). Les mécanismes de défenses ont été évalués d'après le « Defense Mechanism Rating Scales » (DMRS) et les conflits à l'aide du « Psychodynamic Conflict Rating Scale ». Il ressort de l'étude de Perry que deux conflits principaux sont grandement associés au trouble de personnalité limite : un conflit au niveau de la problématique séparation-abandon et un conflit dans l'expérience et l'expression de la colère et des besoins émotifs. Le conflit de séparation-abandon entraîne chez l'individu limite un fort attachement et devient susceptible de vivre de douloureux sentiments de séparation et d'abandon. Les personnes significatives de

l'entourage sont perçues comme une partie essentielle de la vie émotionnelle du sujet. Ceci résulte en de l'anxiété extrême, de la négociation, de la manipulation et des sentiments d'impuissance lorsqu'il y a rejet ou menace de rejet. Le conflit dans l'expérience de la colère et des besoins émotifs se traduit par une inhibition de la colère et des besoins. Le sujet a l'impression qu'il serait inacceptable d'en faire l'expérience ouvertement. Un envahissant sentiment de dégoût face à lui-même, d'anxiété et de dysphorie apparaît lorsqu'il prend conscience de sa colère ou de ses besoins. De plus, il s'exprime difficilement sauf quand il se sent désespéré. Les résultats indiquent une corrélation significative entre l'existence du trouble limite et les défenses borderline et d'actions. Plus précisément, les défenses les plus utilisées par le trouble de personnalité limite sont le clivage et l'identification projective, lesquelles font partie des défenses dites borderline. En ce qui concerne les défenses d'actions, il y a toutes les conduites imprudentes ou provocantes qui sont inhabituelles au sujet et qui surviennent lors de conflits interpersonnels; ce sont les abus alimentaires ou alcooliques, les escapades sexuelles et l'usage de drogue. Les agressions passives ainsi que l'hypocondrie font également partie des défenses d'actions. Ces défenses sont des décharges de sentiments et d'impulsions à travers des actions, souvent contre les autres. De plus, il est important de noter que les résultats n'indiquent pas de relation significative entre les défenses d'actions et le trouble de personnalité antisociale. Des analyses ont également été faites sur des symptômes affectifs et anxieux. Il en ressort que les défenses d'actions présentent un lien significatif avec des symptômes dépressifs déterminés par Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) et le Profile of Mood States (POMS). Les auteurs ont

conclu que les défenses d'actions ne protègent pas contre la dépression et qu'au contraire les sujets qui utilisent ce type d'action souffrent à grande échelle de symptômes dépressifs.

Les recherches sur l'hétéroagressivité ont démontré la présence d'une relation avec la dépression. Cependant, la grande majorité de ces études ne sont pas spécifiquement reliées au trouble de personnalité limite. Perry et Cooper (1986) sont les seuls à avoir étudié ces variables sur un échantillon d'état-limites mais ils l'ont fait uniquement en tenant compte des comportements d'agressivité passive et de l'acting-out (ex.: abus d'alcool, de drogue, hypocondrie).

Dans le domaine des passages à l'acte chez le trouble limite, ce sont les comportements autodirigés, tels que l'automutilation et les tentatives de suicide, qui ont fait l'objet du plus grand nombre de recherches empiriques. Les résultats obtenus des études sur l'autoagressivité, la dépression et le trouble limite établissent des liens entre ces variables. Friedman et al. (1983) ont étudié 53 adolescents hospitalisés atteints d'un trouble de l'humeur sur l'Axe I dont 43 (81%) étaient de sexe féminin et 10 (19%) de sexe masculin. Les résultats démontrent un taux significativement plus élevé de tentatives de suicide et de comportements suicidaires dangereux chez les sujets limites avec un diagnostic de dépression que chez ceux avec un diagnostic de dépression seul ou associé à n'importe quel autre trouble sur l'Axe II. Ces auteurs en sont donc arrivés à la conclusion que les comportements suicidaires étaient plus fréquents chez ceux qui

présentaient une comorbidité (coexistence des diagnostics de dépression et de trouble de personnalité limite).

Par ailleurs, Fyer et al. (1988) ont étudié les effets du diagnostic de trouble de l'humeur sur les comportements autodirigés. Les résultats de leur recherche ont démontré qu'il y avait plus de comportements suicidaires chez les sujets limites présentant un trouble de l'humeur que chez ceux n'en présentant pas. Ils ont étudié les tentatives de suicide chez 180 sujets avec un trouble de personnalité limite dont 81% étaient de sexe féminin et 19% de sexe masculin. Les sujets états-limites avec un trouble de l'humeur et un trouble relié à la consommation d'alcool ou de drogues ont obtenu des résultats significativement plus élevés de tentatives de suicide sérieuses que ceux sans ces troubles sur l'Axe I. De plus, une forte tendance se dessinaient également pour les sujets états-limites avec un trouble de l'humeur sans trouble relié à la consommation de substances psychoactives à présenter un taux plus élevé de tentatives de suicide sérieuses que ceux sans ces troubles.

Yeomans, Hull et Clarkin (1994) ont exploré les facteurs de risque des comportements autodestructeurs chez le trouble de personnalité limite. Ils ont tenté de savoir s'il existait une différence entre la dépression antérieure et la dépression actuelle sur les agirs autoagressifs. Pour ce faire, ils ont étudié 42 femmes hospitalisées, présentant un trouble de personnalité limite. L'échantillon était constitué de 52% de sujets limites présentant un diagnostic de dépression majeure actuelle tandis que 43%

rencontraient les critères de dépression majeure passée. Une analyse de variance comparant les scores d'autoagressivité entre les sujets à dépression actuelle et ceux avec une histoire de dépression passée s'est révélée significative. Les sujets déprimés actuellement rapportaient davantage d'autoagressivité que ceux déprimés dans le passé. D'après ces résultats, le niveau d'autoagressivité serait donc associé à la dépression présente.

Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994) se sont intéressés, entre autre chose, à la dépression chez les sujets limites qui passent ou non à l'acte de façon autoagressive. Ils ont évalué les facteurs de risque des comportements suicidaires chez 84 sujets limites hospitalisés en psychiatrie. De ces 84 sujets, il y avait 61 femmes (73%) et 23 hommes (27%). Les résultats de cette recherche démontrent que le diagnostic de dépression majeure ne se distingue pas d'un groupe à l'autre et cela autant pour les épisodes passés que présents. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les groupes pour la dépression atypique. Cependant, les résultats démontrent que les sujets qui possèdent une histoire de comportements suicidaires ont un score significativement plus élevé de dépression aux différents tests administrés à cette fin (Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory). Un diagnostic de dépression majeure ne peut donc pas prédire des comportements suicidaires chez des patients limites hospitalisés. Par contre, un état de dépression ou une humeur dépressive est un symptôme important qui différencie ceux qui passent à l'acte de manière autoagressive de ceux qui n'ont pas de tels comportements. Les résultats montrent également que ceux qui avaient des

comportements suicidaires dans le passé et qui se retrouvent hospitalisés pour une autre raison se trouvent davantage déprimés que ceux qui ont des comportements suicidaires présents. Ceci suggère que les sujets limites sont relativement moins déprimés lorsqu'ils ont un comportement suicidaire. Pour ce qui est des résultats concernant la comorbidité, on remarque qu'il y a une proportion plus grande de sujets avec le trouble limite et antisocial qui présentent des comportements suicidaires qu'il n'y en a chez les sujets avec le seul diagnostic de trouble de personnalité limite. Les résultats supportent l'idée de l'importance du trouble de personnalité antisociale comme facteur de risque des comportements suicidaires.

Alors que la rareté des recherches dans le domaine des comportements hétérodirigés et de la dépression chez le trouble limite ne permet pas d'établir de lien entre ces variables, les nombreuses études effectuées sur l'autoagressivité démontrent clairement la relation entre dépression et autoagressivité. En effet, il semble que la comorbidité du trouble limite avec la dépression augmente les risques d'autoagressivité.

### Le Rorschach

Le test du Rorschach a fait son apparition dans le monde scientifique en 1921 grâce à la publication d'Herman Rorschach, *Le psychodiagnostic*. Par la suite, plusieurs auteurs ont élaboré des systèmes d'administration, de cotation et d'interprétation du Rorschach (Klopfer, Beck, Piotrowski, Hertz et Rapaport). En 1968 John E. Exner à

créé la *Rorschach Research Fondation* afin d'évaluer laquelle des 5 approches du Rorschach offrait le maximum de solidité empirique et d'efficacité sur le plan clinique. Ses recherches l'ont amené à la conclusion que seulement 20% des utilisateurs se basaient sur un système unique et qu'il y avait presque autant de méthodes qu'il y avait d'utilisateurs. Exner modifia donc l'objectif premier de la fondation et tenta d'intégrer chacune des méthodes ainsi que toutes les recherches empiriques effectuées sur le sujet en un seul système. Exner publia une première version de cette intégration en 1974, aux Etats-Unis, sous le titre de *Système Intégré*. Le système intégré se veut une synthèse de ce qui a été écrit sur le Rorschach depuis la monographie de Rorschach en 1921 et fait référence à une multitude de concepts psychologiques classiques en psychologie clinique. Cette méthode permet de reconnaître des processus cognitifs (traitement de l'information, médiation cognitive, idéation) en plus des facteurs reflétant la vie affective, les modes d'adaptation privilégiés et les représentations de soi, d'autrui et de relations. Le système intégré est un instrument d'évaluation de la personnalité et de diagnostic qui est de plus en plus utilisé à travers le monde. Exner a effectué de nombreux travaux de validation à la *Rorschach Research Fondation* et a affiné ses concepts suite à de nouvelles données psychopathologiques. Le système intégré est donc une méthode d'administration, de notation et d'interprétation du Rorschach à la fois fidèle et valide (Exner, 1995).

## La constellation dépressive

Une constellation est un ensemble d'items qui, une fois rassemblés, indiquent un type de perturbation psychique. Exner (1995) a élaboré six constellations : l'indice suicidaire, l'indice de schizophrénie, la constellation dépressive, l'indice d'incompétence sociale, l'indice d'hypervigilance et la constellation observe. L'indice n'a de valeur que s'il est pris en entier; les critères pris séparément ne sont pas interprétables dans le sens de la constellation. Lorsque la constellation est positive, il est possible de dire que des caractéristiques du fonctionnement sont semblables à celles de certains patients dont le diagnostic a été posé selon le DSM-III.

Exner a élaboré la constellation dépressive en plusieurs étapes. Tout d'abord, il a établi une liste de facteurs possédant des fondements empiriques ou simplement conceptuels réputés pour être liés aux traits dépressifs. Il a ensuite recruté 680 sujets dysthymiques ou unipolaires et a compilé toutes les variables qui étaient présentes dans plus de 50% des protocoles. Il a ajouté ces variables à la première liste élaborée. Cette liste a ensuite été testée et sept variables discriminantes se sont dégagées. Cette dernière liste a alors été administrée à 80 sujets lors d'une première hospitalisation. La présence de cinq critères sur une possibilité de sept a permis d'identifier 35 des 43 sujets dépressifs du groupe. Par contre, la constellation a également identifié neuf des 37 sujets avec un diagnostic autre que dépression majeure ou trouble affectif majeur. Progressivement Exner a modifié les critères pour en arriver à une première version de

la constellation dépressive relativement satisfaisante, c'est-à-dire un bon pourcentage de dépressifs correctement identifiés et peu de faux positifs (le sujet présente un indice DEPI positif alors qu'il n'est pas déprimé). Cette constellation, publiée en 1976, l'a été sous forme d'un indice expérimental. Cet indice a ensuite été révisé suite aux différents apports en psychopathologie concernant la dépression. En effet, en 1986 l'étude de différentes conceptions de la dépression a amené Exner à conclure que les sujets diagnostiqués dépressifs ou à « trouble affectif majeur » se répartissent en trois catégories : (1) déséquilibrés émotionnellement (2) pessimistes sur le plan cognitif et (3) ceux possédant un sentiment d'être incapables d'affronter une société complexe. Trois groupes de plus de 200 sujets chacun ont été recrutés afin de vérifier si ces trois catégories présentaient des expressions distinctes au Rorschach. Les données obtenues furent soumises à des analyses factorielles, des analyses de variance, de corrélations intergroupes et de fonction discriminante. Les deux premiers groupes n'ont pu être différenciés l'un de l'autre alors que le troisième démontrait des différences frappantes par rapport aux deux autres. Les deux premiers groupes ont donc été fusionnés (471 sujets) et ont servi de groupe de référence pour l'élaboration d'une nouvelle constellation dépressive (DEPI). Le troisième groupe (213 sujets) a servi de groupe complémentaire. Suite à une série d'analyses discriminantes et de tables de contingence, il a été démontré que 15 variables au moins regroupées en sept items sont nécessaires si l'on veut repérer la dépression ou un trouble affectif. La nouvelle constellation DEPI fut donc élaborée et testée sur 663 sujets dépressifs. Les résultats ont démontré qu'environ 81% (539) présentaient 5, 6, ou 7 items positifs et 469 (71%) présentaient 6 ou 7 items

positifs. Le seuil critique de la constellation dépressive a donc été établi à cinq. Un sujet qui aurait cinq items positifs sur sept manifeste la présence de plusieurs caractéristiques communes aux personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression ou de trouble affectif. Cependant, Exner précise que le fait qu'un sujet possède cinq items positifs peut simplement révéler une organisation psychologique vulnérable à la dépression ou à des fluctuations de l'humeur. Une DEPI inférieure à cinq ne signifie pas nécessairement que le sujet n'est pas déprimé mais qu'il faut prendre cette dépression davantage comme des traits dépressifs que comme un trouble affectif majeur.

La constellation DEPI (Depression Index) s'illustre ainsi :

1.  $(FV+VF+V>0)$  ou  $FD>2$
2. Association Couleur-Estompage  $>0$  ou  $S>2$
3.  $3r+(2)/R>.44$  et  $Fr+rF=0$  ou  $3r+(2)/R<.33$
4.  $Afr<.46$  ou  $Blends<4$
5. Somme Estompages  $>FM+m$  ou Somme  $C'>2$
6.  $MOR>2$  ou  $(2AB+Art+Ay)>3$
7.  $COP<2$  ou Indice Isolation  $>.24$

Le premier item comprend deux variables : l'estompage vista ( $FV+VF+V>0$ ) et la réponse perspective ( $FD>2$ ). Cet item mesure les attitudes négatives que le sujet manifeste envers lui-même, l'environnement et son futur. La présence d'une réponse vista ou plus correspond à de l'introspection négative sous forme de rumination à propos

de soi-même, rumination qui s'accompagne souvent d'un sentiment de culpabilité ou de remords. La réponse perspective est un élément nouveau de la constellation DEPI qui n'apparaissait pas en 1976 dans l'indice expérimental. Elle reflète une lutte active pour ne pas sombrer dans la dépression, une recherche d'appui et un mouvement d'idéalisation de soi. Le deuxième item comprend les variables Association Couleur-Estompage $>0$  et  $S>2$ . La variable Association Couleur-Estompage est généralement associée à des sentiments confus et mélangés qui empêchent le sujet de s'amuser, d'avoir du plaisir. La présence de plus de deux espaces blancs ( $S>2$ ) traduit de son côté des sentiments de colère et d'irritabilité, sentiments que le sujet ne peut secondairement et qui accompagnent fréquemment la dépression. Le troisième item concerne l'indice d'égoïsme ( $3r+(2)/R>.44$  et  $Fr+rF=0$  ou  $3r+(2)/R<.33$ ). Il donne une estimation de la préoccupation de soi et de la centration sur soi. Ainsi, un indice plus élevé que la moyenne ( $>.44$ ) indique que le sujet est beaucoup plus préoccupé par lui-même que la moyenne des gens. En combinaison avec une absence de réponse reflet ( $Fr+rF=0$ ), il signifie que la préoccupation de soi peut facilement amener le sujet à négliger le monde extérieur. Lorsque l'indice d'égoïsme est inférieur à la moyenne ( $<.33$ ), il traduit un sentiment de valeur personnelle très négatif, le sujet se considérant moins favorablement lorsqu'il se compare aux autres. Le quatrième item se réfère à l'implication affective du sujet. Ainsi, la variable  $Afr>.46$  traduit un intérêt moins élevé ou un évitement des stimuli émotionnels et la variable  $Blends<4$  reflète une faible capacité du sujet à une certaine complexité psychique. Cet item capte la dimension de retrait et d'inhibition présente dans certaines formes de dépression. Le cinquième item

se compose de deux variables qui rendent compte des affects négatifs : Somme Estompages > FM+m et Somme C' > 2. La somme Estompages > FM+m témoigne d'une quantité inhabituelle de détresse émotionnelle. Les affects négatifs sont débordants et excèdent les capacités du sujet. La variable Somme C' > 2 démontre un excès d'affects internes déplaisants. Le sujet ressent des affects qu'il ne peut exprimer ou ressentir autrement qu'en les retournant contre soi. L'item 6 de l'indice de dépression contient la variable MOR > 2, qui représente une propension à générer des idées noires ainsi que la variable 2AB+ART+AY > 3, qui est l'indice d'intellectualisation. Lorsque cet indice est supérieur à trois, il est interprété comme une tentative de neutralisation des affects. Le dernier item comprend deux variables reliées à la tendance au désinvestissement relationnel et au retrait social (COP < 2 ou Indice d'Isolation < .24). Ainsi, il y a présence d'un retrait émotionnel et social dû à une perte d'intérêt dans les relations interpersonnelles et sociales.

Très peu d'auteurs ont exploré les indices associés à la dépression dans le Rorschach. Certains se sont intéressés à la variable C' (réponses achromatiques) incluse dans l'item 5 de la constellation DEPI. Selon Chabert (1998), la variable C' reflète des angoisses liées à une situation d'abandon, de deuil. Les réponses C' seraient, selon elle, en lien avec les relations précoces et donc avec la dépression essentielle du petit enfant. Par ailleurs, Campo (1993) affirme que C' peut également témoigner d'une anxiété de persécution. En effet, le découragement et l'abattement que révèle C' pourraient être de l'anxiété de persécution qui empêche le sujet d'avoir une libre expansion affective sans

que cela ne soit de la dépression. Les réponses C' démontreraient une attitude défensive qui oscille entre deux pôles : la paranoïa et la dépression.

Certaines études empiriques ont tenté de tester la validité et la fiabilité de certaines variables du Rorschach reliées à la dépression ainsi que de la constellation DEPI. Haller et Exner (1985) ont évalué la fiabilité de 28 variables dans le Rorschach. Leur échantillon se composait de 50 sujets nouvellement hospitalisés qui présentaient des symptômes de dépression ou de délaissement qu'ils ont divisés en deux groupes : un groupe de comparaison et un groupe principal. Le Rorschach leur a été administré à deux reprises à quatre jours d'intervalle. Le groupe principal avait la consigne de ne pas fournir les mêmes réponses lors de la deuxième administration du Rorschach. Dans le groupe de comparaison, les 5 variables reliées à la dépression qui ont été évaluées (V, MOR, C', 3r+(2)/R, Association Couleur-Estompage) présentaient une haute corrélation au retest. Alors que le groupe expérimental présentait une corrélation élevée pour quatre variables sur cinq (V, MOR, C', er+(2)/R).

Ganellen (1996) a comparé l'efficacité du diagnostic de dépression selon le MMPI, le Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) ainsi que le Rorschach. Les résultats démontrent que les trois mesures sont comparables dans leur sensibilité à détecter la dépression. De plus, le Rorschach identifie moins de faux positifs et est plus spécifique que les deux autres tests qui, eux, détectent davantage de sujets dépressifs alors qu'ils ne le sont pas.

Par ailleurs, certaines recherches n'arrivent pas aux mêmes résultats concernant la validité de la constellation DEPI (Carlson, Kula, Michael et St-Laurent, 1997; Carter et Dacey, 1996; Wood, Nezworski et Stejskal, 1996; Greenwald, 1997; Ball, Archer, Gordon et French, 1991). Elles remettent en doute la validité de la constellation DEPI et considèrent d'autres tests tels que l'inventaire de dépression de Beck ainsi que l'échelle de dépression du MMPI (MMPI-D) comme de meilleurs prédicteurs de la dépression.

Malgré les critiques négatives portées à son égard, la constellation dépressive d'Exner (DEPI) est une source de référence utilisée à travers le monde et demeure la plus complète pour évaluer les paramètres intrapsychiques reliés à la dépression.

### Hypothèses

On remarque, dans la recension des écrits, un certain écart entre la théorie et les études empiriques effectuées dans des domaines connexes. Les auteurs théoriques tels que Bergeret (1985), Kernberg (1979) et Balier (1988) soutiennent que l'agir chez les sujets avec une organisation limite de la personnalité pourrait avoir pour fonction d'écarter la dépression ou que les sujets qui ont une plus faible capacité de maîtriser leurs pulsions sont également moins en mesure de ressentir la dépression. Cependant, aucune étude empirique sur les comportements hétéroagressifs ne permet de confirmer ces théories. En effet, les études menées dans le domaine des passages à l'acte chez le trouble limite de la personnalité font référence aux agirs autoagressifs (Friedman et al.,

1983; Fyer et al., 1988; Yeomans et al., 1994; Soloff et al., 1994) et aux défenses d'actions (Perry, 1986). Ces études établissent un lien significatif entre la dépression et les passages à l'acte. Cependant, ces comportements sont différents de ceux étudiés dans la présente recherche et font appel à un autre type de problématique. Par ailleurs, certaines études se sont intéressées aux comportements hétéroagressifs sans égard au diagnostic sur l'Axe II (violence conjugale, criminalité). Les échantillons de ces études regroupaient donc des sujets présentant différents diagnostics sur l'Axe II. Étant donné qu'aucune recherche n'a exploré directement la dépression chez les sujets atteints d'un trouble limite avec des comportements hétéroagressifs, les hypothèses de la présente étude s'appuieront sur la théorie des auteurs reconnus dans le domaine. De plus, afin d'étudier la relation entre ces variables sous deux perspectives différentes, nous avons, en plus d'une mesure descriptive de la dépression, intégré à cette étude un test permettant d'évaluer les composantes intrapsychiques reliées à la dépression (le Rorschach).

En tenant compte de ces considérations, voici les hypothèses de cette recherche :

Hypothèse 1 : Un nombre significativement moins élevé de sujets ayant eu des comportements hétéroagressifs que de sujets sans de tels comportements présenteront au moins un épisode dépressif au cours de leur vie.

Hypothèse 2 : Les sujets ayant eu des comportements hétéroagressifs présenteront un nombre significativement moins élevé d'épisodes dépressifs durant leur vie que les sujets sans de tels agirs.

Hypothèse 3 : Les sujets ayant eu des comportements hétéroagressifs répondront significativement moins à la constellation DEPI (constellation reliée à la dépression) que les sujets qui ne présentent pas ce type de comportements.

## Chapitre II

### Méthode

## Sujets

L'échantillon est composé de 27 sujets de sexe masculin répartis en deux groupes. La participation de tous les sujets s'est effectuée sur une base volontaire. L'âge des sujets de l'échantillon varie entre 18 et 47 ans avec une moyenne de 32 ans et un écart-type de 8,3. Les sujets présentent tous un diagnostic de trouble de personnalité limite sur l'Axe II du DSM-IV et ne possèdent aucun trouble psychotique sur l'Axe I. Les sujets du premier groupe ont été recrutés au Centre Universitaire de services psychologiques (CUSP) ainsi qu'au Centre hospitalier Ste-Marie de Trois-Rivières. Ces 11 sujets n'ont jamais commis de passage à l'acte contre autrui. Les 16 sujets du deuxième groupe ont été recrutés au centre de détention de Trois-Rivières. Ils témoignent d'une histoire de plusieurs passages à l'acte contre autrui avec lésions corporelles et d'un dossier criminel pour divers types de délits (voie de fait, fraude, vol). Le tableau 1 illustre le nombre moyen d'agirs de ce groupe.

Par ailleurs, certains sujets affichent une comorbidité sur l'Axe II. En effet, en plus du diagnostic principal de trouble limite, 75% des sujets hétéroagressifs possèdent également un trouble de personnalité antisociale.

Tableau 1

Nombre de passages à l'acte contre autrui chez les sujets hétéroagressifs

Nombre moyen d'agirs	Nombre de sujets
7-12	4
13-18	3
19 et +	9

### Instruments de mesure

#### 1. Questionnaire socio-démographique avec histoire des passages à l'acte

Pour les fins de l'étude un questionnaire socio-démographique avec histoire des passages à l'acte basé sur Links (1990) à été élaboré. Il a été administré aux sujets afin d'obtenir des renseignements personnels et relatifs à l'histoire des passages à l'acte. Ainsi ont pu être répertoriées la nature des passages à l'acte auto et hétérodirigés, leurs fréquences et la nécessité d'une hospitalisation du sujet ou de son adversaire dans le cas d'agirs envers autrui.

#### 2. SCID

Le *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)* permet de mesurer la symptomatologie psychiatrique des sujets. Développé par Spitzer, Williams, Gibbon et First (1990), le SCID est administré sous forme d'entretien semi-structuré permettant de poser un diagnostic sur les Axes I et II. Le SCID I mesure les différents troubles de

l'Axe I tels que les troubles de l'humeur actuels et antérieurs et les troubles psychotiques, tous deux utiles dans cette recherche. Le SCID-II évalue les douze troubles de personnalité dont le trouble limite. La version originale a été adaptée au DSM-IV et traduite en français par Bordeleau et Bardin, membres de l'Unité de recherche en Neurosciences du Centre Hospitalier de l'Université Laval (1997). Jacobsberg, Perry et Frances (1995) affirment que le SCID-II est un instrument efficace car le pourcentage de faux positifs est relativement bas : il est de 1.9% pour le diagnostic du trouble limite. De plus, selon ces auteurs, il s'agit d'un instrument fiable car le coefficient Kappa est de 0.61 pour le groupe des personnalités dramatiques (narcissique, antisocial, histrionique, limite). Par ailleurs, selon William et al. (1992), le coefficient interjuges Kappa se situe entre 0.69 et 0.84. Dans la présente recherche, des accords interjuges ont été effectués avec 12 protocoles grâce à l'enregistrement audio des entretiens de recherche. Tous les autres protocoles ont été révisés par un juge expert. Le pourcentage d'accords interjuges est de 100% pour le diagnostic principal.

### 3. Le Rorschach

Le Rorschach est administré afin de connaître les composantes intrapsychiques des sujets. Ce sont précisément les indices reliés à la dépression retrouvés dans la constellation DEPI élaborée par Exner qui ont été étudiés. Le Rorschach a été coté et interprété selon la méthode d'Exner (1995) et les accords interjuges ont été effectués grâce au verbatim pris intégralement par l'évaluateur. Le degré d'accords interjuges est de 0.89 pour la qualité de la forme (FQ), de 0.86 pour les déterminants, de 0.87 pour les

cotes spéciales et le degré d'accords interjuges pour l'ensemble des variables s'élève à 0.87. Selon Sciara (1996), le degré d'accords interjuges varie généralement entre 0.89 et 0.95 pour la qualité de la forme, de 0.68 à 1.0 pour les déterminants et de 0.92 à 1.0 pour les cotes spéciales. Les interjuges de la présente recherche permettent donc d'assurer une bonne qualité de la cotation des protocoles.

### Procédure

Chaque sujet a été rencontré individuellement pour une durée d'environ six heures avec une pause d'une heure trente ou lors de deux rencontres de trois heures. Trois formulaires de consentement ont tout d'abord été signés. Le premier est un consentement à participer à la recherche; le deuxième autorise l'évaluateur à consulter le dossier médical ou carcéral du sujet; le dernier est un consentement à l'enregistrement audio d'une partie de l'entretien. Le Rorschach est le premier test administré suivi du SCID-I et du SCID-II. Ce dernier comporte un questionnaire préalable que le sujet complète lui-même. Il est composé de 120 questions auxquelles le sujet répond par oui ou non et permet d'éliminer dès le départ certains troubles de personnalité. L'entretien se termine par le questionnaire socio-démographique avec histoire des passages à l'acte.

## Chapitre III

### Résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques et vérifie chacune des hypothèses. Tous les résultats ont été compilés en tenant compte des comportements hétéroagressifs recensés à l'aide du questionnaire socio-démographique. Ainsi, les sujets ayant commis des passages à l'acte envers autrui ont été classés dans le groupe « hétéroagressifs » alors que les sujets n'ayant pas commis de tels comportements ont été regroupés dans la catégorie « sans agir ». La prévalence d'épisodes dépressifs à vie et le nombre de ces épisodes tel qu'il est question dans les deux premières hypothèses ont été estimés à l'aide du SCID-I et analysés respectivement à l'aide d'un chi-carré et d'un test-t. La troisième hypothèse concerne le Rorschach et se réfère à la réponse à la constellation dépressive DEPI qui a été analysée statistiquement à l'aide d'un test-t.

Comme le démontre le tableau 2, l'hypothèse selon laquelle un nombre significativement moins élevé de sujet ayant eu des comportements hétéroagressifs que de sujets sans de tels comportement vont présenter au moins un épisode dépressif au cours de leur vie est confirmée. En effet, l'analyse effectuée par un chi-carré indique la présence d'une différence significative entre les deux groupes, cette différence va dans le même sens que l'hypothèse posée. Ainsi, les sujets qui commettent des passages à l'acte contre autrui affichent une présence significativement moins élevée d'épisodes dépressifs au cours de leur vie que les sujets qui n'ont pas de comportements hétéroagressifs.

Tableau 2

Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir  
quant à la présence d'au moins un épisode dépressif antérieur

Présence	Hétéroagressif (n=16)	Sans agir (n=11)	Total
Oui	4 (25%)	8 (73%)	12
Non	12 (75%)	3 (27%)	15

$$\chi^2_{(1,27)} = 6.01 \quad p < .05$$

La deuxième hypothèse suggérant que les sujets ayant eu des comportements hétéroagressifs présenteront un nombre moins élevé d'épisodes dépressifs durant leur vie que les sujets sans de tels agirs s'est également avérée vérifiée. En effet, les résultats du test-t présentés au tableau 3 indiquent qu'il y a une différence significative entre les deux groupes; le groupe de sujets présentant des comportements agressifs contre autrui possède un nombre significativement moins élevé d'épisodes dépressifs durant leur vie que le groupe de sujets ne présentant pas de comportements hétéroagressifs.

L'analyse statistique effectuée dans le but de vérifier la troisième hypothèse voulant que les sujets ayant commis des comportements hétéroagressifs répondront significativement moins à la constellation DEPI (constellation liée à la dépression) que

Tableau 3

Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant au nombre d'épisodes dépressifs

Groupe	n	Moyenne	t	P
Hétéroagressif	16	0.31	2,67	0,023
Sans agir	11	1.50		

$t_{(10)} = 2.67, p < .05$

comme pour les hypothèses 1 et 2, les résultats du test-t indiquent une différence significative entre les groupes. En effet, la réponse à la constellation DEPI est moins présente chez ceux qui ont des comportements hétéroagressifs que chez ceux qui n'ont pas ces comportements. De plus, dans l'échantillonnage recruté, aucun sujet avec des comportements violents contre autrui n'a atteint le minimum de cinq critères sur sept pour que la constellation DEPI soit positive. Le tableau 5 indique qu'une moyenne de 4.91 critères a été atteinte dans le groupe des sujets sans agir alors que la moyenne est de 2.93 critères pour le groupe de sujets avec des comportements hétéroagressifs.

Tableau 4

Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant à la réponse à la constellation DEPI

	Hétéroagressif (n=16)	Sans agir (n=11)	Total
DEPI positive	0 (0%)	7 (64%)	7
DEPI négative	16 (100%)	4 (36%)	20

$\chi^2_{(1,27)} = 13.75$   $p < .001$

Tableau 5

Comparaison entre le groupe hétéroagressif et le groupe sans agir quant à la variable nombre de critères positifs sur DEPI

Groupe	n	Moyenne	t	P
Hétéroagressif	16	2.93	3.67	0.002
Sans agir	11	4.91		

$t_{(15.5)} = 3.67$ ,  $p < .005$

En résumé, l'ensemble des résultats de cette recherche permet de conclure que les sujets atteints d'un trouble de personnalité limite qui ont une histoire de plusieurs comportements hétéroagressifs présentent significativement moins de dépression que les

sujets sans comportements violents contre autrui. De plus, il est intéressant de constater que les résultats relatifs à la constellation dépressive (DEPI) du Rorschach, qui fait appel aux éléments intrapsychiques des sujets, vont dans le même sens que les résultats obtenus par le SCID-I, un test descriptif, qui est basé sur les critères diagnostics du DSM-IV.

Chapitre IV

Discussion

Cette section est divisée en deux parties principales. La première présente un compte rendu des résultats en parallèle avec les connaissances actuelles. La seconde aborde les forces et les faiblesses de l'étude ainsi que les recommandations afin d'améliorer les recherches ultérieures qui s'effectueront dans le domaine.

En premier lieu, les résultats issus des analyses statistiques ont démontré que la présence d'épisodes dépressifs est significativement moins élevée chez les sujets avec un trouble de personnalité limite ayant eu des agirs hétéroagressifs que chez ceux qui n'agissent pas de la sorte. De la même manière, les sujets avec un trouble de personnalité limite qui ont eu des comportements hétéroagressifs affichent un nombre significativement moins élevé d'épisodes dépressifs durant leur vie et répondent significativement moins à la constellation DEPI du Rorschach que les sujets sans comportements agressifs envers autrui. Ces résultats confirment les hypothèses posées qui ont pris appui sur la théorie de Bergeret, de Kernberg et des différents auteurs tels que Balier qui ont traité de la dépression et des agirs hétéroagressifs chez la personnalité limite. Bergeret (1985) soutient qu'une menace dépressive est constamment présente pour le sujet avec une organisation limite de la personnalité à cause de l'angoisse de perte d'objet. Selon cet auteur, les comportements violents auraient pour fonction d'écarter les affects douloureux reliés à la dépression. Gray (1976) partage le point de vue de Bergeret et ajoute qu'en plus d'éliminer temporairement les sentiments de dépression, l'individu se retrouve dans la position du plus fort et ressent de l'euphorie. Kernberg (1979), malgré certaines divergences théoriques, arrive au même résultat. Il

situe l'organisation limite le long d'un continuum où la pathologie se situant à un échelon supérieur (pôle névrotique) possède une plus grande intégration des images de soi et d'objet, ce qui lui permet une meilleure neutralisation de l'agressivité. Les comportements violents sont donc moins fréquents. De plus, grâce à une meilleure élaboration du Surmoi, l'organisation limite d'échelon supérieur présente une meilleure intégration de la position dépressive. Le sujet est donc plus en mesure de ressentir les affects reliés à la dépression et peut davantage neutraliser son agressivité. Par ailleurs, le sujet avec une organisation limite qui se situe à un échelon inférieur (pôle psychotique) présente une intégration des images de soi et d'objet ainsi qu'une élaboration du Surmoi pathologiques. Il n'a donc pas la capacité de tempérer son agressivité et n'a pas atteint la position dépressive. Balier (1988) va dans le même sens que Kernberg en affirmant que les agirs violents trahissent l'incapacité de maîtriser les pulsions et l'incapacité d'intégrer la position dépressive. Les résultats de la présente recherche abondent dans le sens de ces auteurs. En effet, il y a un lien significatif entre la présence de comportements hétéroagressifs et une dépression moins présente chez les sujets avec un trouble de personnalité limite. Nous pouvons dégager comme hypothèse que ces sujets ont une pathologie se situant à un échelon inférieur de l'organisation limite.

Les études empiriques dont il a été question précédemment arrivaient à la conclusion qu'il y a plus de dépression chez les états-limites qui passent à l'acte. Toutefois, ces recherches ne sont pas spécifiquement reliées à l'hétéroagressivité chez le

trouble de personnalité limite car aucune, à notre connaissance, n'a été menée sur ce sujet précis. Ainsi, Fyer et al. (1988) de même que Soloff et al. (1994) ont étudié les comportements autoagressifs chez le trouble de personnalité limite et arrivent à la conclusion qu'il y a plus de dépression chez les sujets qui commettent des agirs autoagressifs que chez les sujets sans ces comportements. Dans la présente étude, le type d'agression n'est pas le même; il s'agit plutôt d'agressions contre autrui et les résultats obtenus sont donc différents de ceux de ces auteurs. Ceci nous amène à nous questionner sur la possibilité d'une dynamique différente selon le type d'agir où l'autoagressivité chez le trouble limite serait davantage en lien direct avec la dépression que ne l'est l'hétéroagressivité. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont démontré que la violence conjugale et la dépression étaient reliées (Davidovich, 1990; Flournay et Wilson, 1991; Maiuro et al., 1988). Par contre, aucun de ces auteurs n'a utilisé de groupe de comparaison de sujets non violents afin d'évaluer les différences entre violents et non-violents. De plus, ces auteurs n'ont pas tenu compte du diagnostic sur l'Axe II. Modestin et al. (1997) ainsi que Collinis et Bailey (1990) ont démontré que le taux de criminalité était plus élevé chez les sujets présentant des symptômes dépressifs. Cependant, tout comme dans les études sur la violence conjugale, le diagnostic sur l'Axe II n'a pas été une variable contrôlée. Perry (1986) qui a étudié les mécanismes de défenses et les conflits chez le trouble de personnalité limite va dans le même sens que les études précédentes voulant que la dépression est associée aux défenses d'action. En effet, il démontre que les sujets avec un trouble limite utilisent majoritairement des défenses du registre borderline et des défenses d'actions et que ces dernières ont une

relation significative avec les symptômes dépressifs. Les défenses d'actions ne protégeraient donc pas le sujet limite de la dépression. Cependant, les défenses d'actions mentionnées par l'auteur regroupent un large spectre de comportements tels que les abus alimentaires, l'hypocondrie et les bagarres physiques. Elles ne sont pas exclusivement reliées aux agirs violents envers autrui tels que ceux dont il est question dans la présente étude.

La deuxième partie de cette section concerne les forces, les faiblesses et les recommandations découlant de cette recherche. Dans un premier temps, il est important d'éclaircir un élément qui ne constitue ni une force, ni une faiblesse et concerne la mesure du trouble de personnalité limite. Cette mesure s'est réalisée grâce aux critères du DSM-IV. Elle a permis d'évaluer les symptômes reliés au trouble de façon fidèle et a été appuyée sur le travail des interjuges. Toutefois la théorie exposée dans le présent travail fait régulièrement référence à la structure de personnalité limite alors que nous avons plutôt évalué le trouble de personnalité limite. Bien qu'il soit important de le mentionner, cela ne constitue pas une lacune en soi car les symptômes dont il est questions pour diagnostiquer le trouble limite d'après le DSM-IV sont relativement semblables à ceux auxquels Kernberg fait référence (ex.: manque de contrôle de la colère, instabilité affective, clivage).

Pour ce qui est des forces de l'étude, l'une d'entre elles est d'avoir recruté les sujets hétéroagressifs dans un milieu carcéral. En effet, cela nous a permis de recueillir

de l'information sur un échantillon de sujets représentatifs des individus violents atteints d'un trouble de personnalité limite. De plus, alors que la majorité des études effectuées jusqu'à présent ont recruté leur échantillon en milieu psychiatrique où l'on retrouve une plus grande majorité de femmes, le milieu carcéral a permis de recueillir des données sur un échantillon exclusivement masculin. Une deuxième force de l'étude est la nature des instruments mesurant la dépression. En effet, aucune des études précédentes n'a évalué la dépression d'après les composantes intrapsychiques des sujets. Elles ont plutôt évalué la dépression à l'aide d'instruments descriptifs où les symptômes constituent l'unique point de référence. L'utilisation d'un instrument projectif tel que le Rorschach permet de vérifier si des composantes intrapsychiques reliées à la dépression sont présentes. Deux volets à la mesure de la dépression ont donc été utilisés : le volet descriptif et le volet intrapsychique. Cette étude se distingue également par sa nouveauté. En effet, jusqu'ici aucune recherche ne s'est directement intéressée aux variables de la dépression et de l'hétéroagressivité chez le trouble de personnalité limite.

Les faiblesses de la présente recherche concernent l'échantillon de sujets. Les sujets possédant un trouble de personnalité limite et affichant des comportements hétéroagressifs avaient, pour la plupart, une comorbidité sur l'Axe II. En effet, 75% de ces sujets possédaient, en plus du diagnostic de trouble de personnalité limite, un trouble antisocial. Selon Kernberg, ce trouble se situe à l'échelon inférieur de l'organisation limite. Ainsi, doté d'un Surmoi déficient, la capacité de ces sujets à neutraliser l'agressivité est réduite sinon absente et ils n'ont pas atteint la position dépressive. Les

résultats auraient-ils été différents s'il n'y avait pas eu de comorbidité avec un trouble antisocial? La taille de l'échantillon aurait eu avantage à être augmentée afin de tenter de distinguer le trouble limite du trouble antisocial. D'un autre côté, les sujets avec un trouble limite qui se retrouvent en milieu carcéral et qui ont des comportements hétéroagressifs présentent généralement des traits ou un trouble antisocial associé. De plus, les résultats de l'étude de Soloff et al. (1994) ont démontré que la comorbidité du trouble limite avec le trouble antisocial ne présente aucune différence significative pour le trouble de dépression majeure. La présente recherche demeure exploratoire et la question de la comorbidité nécessiterait d'être approfondie par de futures études.

Il est pertinent de faire quelques recommandations pour les futures recherches. Selon les approches théoriques mentionnées plus haut, les comportements agressifs pourraient avoir comme fonction d'écarter la dépression. Cependant, ce mécanisme est temporaire; la menace dépressive refait surface après un certain temps. Soloff et al. (1994) rapportent que les sujets qui témoignent de comportements suicidaires actuels étaient moins déprimés que ceux avec des comportements suicidaires passés. Il serait donc approprié de tenir compte de cet aspect dans les futures recherches dans le domaine. Il serait recommandé de mesurer la dépression immédiatement après le passage à l'acte. La variable reliée au laps de temps suivant le passage à l'acte devrait être systématiquement contrôlée. De plus, dans le but de mieux comprendre la fonction de l'agir sur la dépression, une étude longitudinale serait tout indiquée.

Par ailleurs, la dépression chez les sujets avec une organisation limite est différente des autres formes de dépression et comporte de nombreuses particularités. Soloff, George, Nathan et Schulz (1987) affirment que les instruments de mesure sous forme d'entrevue structurée sont insuffisants pour mesurer la dépression des sujets avec une organisation limite de la personnalité. Ils prétendent qu'il y a un trop grand nombre de chevauchement des critères diagnostiques. Leur recherche démontre que plusieurs diagnostics de dépression sont possibles pour plusieurs sujets présentant un trouble limite selon la perspective de recherche et la méthode préconisée. Ainsi, dans leur étude, plus de la moitié des sujets limites présentaient deux diagnostics de dépression parmi les suivants : 1) dépression majeure, récurrente, ou mineure 2) désordre dépressif atypique 3) dysphorie hystéroïde. De plus, plusieurs sujets présentaient les trois diagnostics de dépression en même temps. Il est donc permis de se questionner sur le type de dépression mesurée par les tests utilisés. Ceci demeure sous forme de questionnement et mériterait un approfondissement dans les prochaines recherches.

## Conclusion

Cette recherche visait à vérifier la nature des liens entre la dépression et le passage à l'acte hétérodirigé chez le trouble de personnalité limite.

La recension des écrits a révélé d'une part que selon deux auteurs, reconnus pour leurs apports dans la compréhension de l'organisation limite, les passages à l'acte auraient comme fonction d'écarter les affects dépressifs (Bergeret, 1985) ou seraient associés à des pathologies d'échelon inférieur qui n'ont pas atteint la position dépressive et qui ne sont donc pas en mesure de ressentir la dépression (Kernberg, 1979). D'autre part, les recherches empiriques effectuées dans le domaine des passages à l'acte se sont particulièrement intéressées aux comportements autoagressifs et ont établi un lien entre la dépression et l'autoagressivité. La présente étude se donnait plutôt comme but de vérifier le lien entre l'hétéroagressivité et la dépression chez le trouble de personnalité limite.

Les résultats obtenus ont révélé qu'il y avait significativement moins de présence d'épisodes dépressifs, un nombre moins élevé d'épisodes dépressifs et qu'il y avait significativement moins de réponses à la constellation DEPI du Rorschach telle qu'élaborée par Exner chez les sujets avec un trouble limite et présentant des comportements hétéroagressifs que chez ceux sans de tels comportements. Ces résultats confirment les hypothèses posées et appuient la théorie sur le sujet.

## Références

- Abram (1990). The problem of co-occurring disorders among jail detainees. *Law and Human Behavior*, 14(4), 333-345.
- Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders : Dytsthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *The Psychiatric clinics of North America*, 4, 25-45.
- American Psychiatric Association (1997). *DSM-IV (version française)*. Paris : Masson.
- Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ball, J.D., Archer, R.P., Gordon, R.A., & French, J. (1991). Rorschach depression indices with children and adolescents : Concurrent validity findings. *Journal of Personality Assessment*. 57(3), 465-476.
- Barasch, A., Frances, A., Hurt, S., Clarkin, J., & Cohen, S. (1985). Stability and distinctness of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(12), 1484-1486.
- Bénézech, M. (1991). Dépression et crime : Revue de la littérature et observations originales. *Annales Médico-Psychologiques*, 149(2), 150-161.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.
- Bergeret, J. (1993). *Psychologie pathologique*. Paris : Masson.
- Bergeret, J. (1995). *Freud, la violence et la dépression*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Campo, V. (1993). The two poles of C': depression and persecution. *British Journal of Projective Psychology*, 38(2), 9-19.
- Carlson, C.F., Kula, M.L., & St-Laurent, C.M. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression : Validity issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51-58.
- Carter, C.L., & Dacey, C.M. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory, MMPI, and Rorschach in assessing adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 19(3), 223-231.
- Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Clarkin, J.F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 263-275.
- Collins, J.J., & Bailey, S.L. (1990). Relationship of mood disorders to violence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(1), 44-47.
- Davidovich, J.R. (1990). Men who abuse their spouses : Social and psychological supports. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 15(1), 27-44.
- Dorfman, W. (1974). Recognition and management of masked depression in clinical practice. *New York State Journal of Medicine*, 74(2), 373-377.
- Exner, J.E. (1995). *Le Rorschach un système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Flournay, P.S., & Wilson, G.L. (1991). Assessment of MMPI profiles of mal batterers. *Violence and victims*. 6(4), 309-320.

- Friedman, R.C., Aronoff, M.S., Clarkin, J.F., Corn, R., & Hurt, S.W. (1983). History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *140*(8), 1023-1026.
- Fyer, M.R., Frances, A.J., Sullivan, T., Hurt, S.W., & Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *145*(6), 737-739.
- Ganellen, R.J. (1996). Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II, and Rorschach : A review. *Journal of Personality Assessment*, *67*(2), 219-243.
- Gray, W. (1976). In-patient treatment of depressed young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *20*(2), 117-120.
- Greenwald, D.F. (1997). Comparisons between the Rorschach depression index and depression related measures in a nonpatient sample. *Psychological Reports* *80*(3), 1151-1154.
- Gunderson, J.G., & Elliott, G.R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, *142*(3), 277-288.
- Gunderson, J.G., & Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, *148*(8), 967-975.
- Hale, G., Zimostrad, S., Duckworth, J., & Nicholas, D. (1988). Abusive partners : MMPI profiles of male batterers. *Journal of Mental Health Counseling*, *10*(4), 214-224.
- Haller, N., & Exner, J.E. (1985). The reliability of Rorschach variables for inpatients presenting symptoms of depression and/or helplessness. *Journal of Personality Assessment*, *49*(5), 516-521.
- Hamberger, L.K., & Hastings, J.E. (1988). Characteristics of male spouse abusers consistent with personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, *39*, 763-770.

- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences, 1*(2), 111-119.
- Hare, R.D., & McPherson, L.M. (1984). Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry, 7*(1), 35-50.
- Harrer, G., & Kofler-Westergren, B. (1986). Depression and criminality. *Psychopathology, 19*, 215-219.
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior, 15*(6), 625-637.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment, 65*(3), 428-433.
- Kernberg, O.F. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat.
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven : Yale University Press.
- Lesse, S. (1980). Masked depression : The ubiquitous but unappreciated syndrome. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 5*(4), 268-273.
- Links, P.S. (1990). *Family Environment and Borderline Personality Disorder*. Washington : American Psychiatric Press.
- Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., Van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 582-586.

- Maiuro, R.D., Cahn, T.S., Vitaliano, P.P., & Wagner, B.C. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(1), 17-23.
- Modestin, J., Hug, A., & Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 42*(1), 29-38.
- Perry, J.C. (1985). Depression in borderline personality disorder : Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *American Journal of Psychiatry, 142*(1), 15-21.
- Perry, J.C. (1990). Psychological defense mechanisms and the study of affective and anxiety disorders. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (Éds), *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders* (pp.545-562). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, J.C., & Cooper, S.H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*, 863-893
- Perry, J.C., & Klerman, G.L. (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 137*(2), 165-173.
- Pfoht, B., Stangl, D., & Zimmerman, M. (1984). The implication of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders, 7*(3-4), 309-318.
- Pope, H.G. Jonas, J.M., Hudson, J.I., Cohen, B.M., & Gunderson, J.G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder : A phenomenologic, family history treatment response, and longterm follow-up study. *Archives of General Psychiatry 40*(1), 23-30.
- Raczek, S.W., True, P.K., & Friend, R.C. (1989). Suicidal behavior and personality traits. *Journal of Personality Disorders, 3*(4), 345-351.

- Raine, A. (1993). Features of borderline personality and violence. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 277-281.
- Reid, W.H., & Balis, G.V. (1987). Evaluation of the violent patient. In R.E. Hales, A.J. Frances et al. (Éds), *American Psychiatric Association annual review* (Vol.6), (pp.491-509). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Robins, L.N., Tipp, J., & Przybeck T. (1991). Antisocial personality. In L.N. Robins & D. Reiger (Éds), *Psychiatric disorders in America* (pp.258-290). New York : Free Press.
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter : Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 7(1), 44-56.
- Scharbach, H. (1988). État-limite et classification. *Annales Médico-Psychologiques*, 147(3), 387-390.
- Sciara, A.D. (1996, Juillet). *Recent Findings Concerning Rorschach Comprehensive System :Interscorer Agreement*. Présentation au congrès international du Rorschach et des méthodes projectives.
- Shea, M.T., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., & Watkins, J. (1987). Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1(1),27-42.0
- Snyder, S., Pitts, W.M., & Pokorny, A.D. (1986). Selected Behavioral Features of Patients with Borderline Personality Traits. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(1), 28-39.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, R. S., & Schultz, P. M. (1987). Characterizing depression in borderline patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 155-157.

- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Soloff, P.H., & Ulrich, R.F. (1981). Diagnostic interview for borderline patients : A replication study. *Archives of General Psychiatry*, 38(6) 686-692.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press, Inc.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorder. In M. Hersen, R. T. Ammerman, & L.A. Sisson (Eds), *Handbook of Agressive and Destructive Behavior in Psychiatric Patients* (pp.305-322). New York : Plenum Press.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Wood, J.M., Nezworski, M.T., & Stejskal, W.J. (1996). Thinking critically about the comprehensive system for the Rorschach : A reply to Exner. *Psychological Science*, 7(1), 14-17.
- Yeomans, F.E., Hull, J.W., & Clarkin, J.C. (1994). Risk factors for self-damaging acts in a borderline population. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 10-16.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., & Frankenburg, F.R. (1989). Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 3(2), 149-156.