

Didier BOURGEOIS

Comprendre et soigner les états-limites

Préface de Dominique Barbier

3e édition

DUNOD

Conseiller éditorial Dominique Barbier

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DANGER
LE PHOTOCOPIAGE
TUE LE LIVRE

© Dunod, 2019

2005 et 2010 pour les éditions précédentes

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078839-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	IX
<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII
<i>AVANT-PROPOS À LA 2^E ÉDITION</i>	XVII

PREMIÈRE PARTIE

COMPRENDRE LES ÉTATS-LIMITES

1. Les états-limites : passer de la nosographie actuelle à une troisième entité	3
Le paradigme actuel	3
La lacunose	6
Approches plurielles du phénomène état-limite : de l'importance du trait d'union	9
2. Des origines supposées du problème : la constellation des apports théoriques	19
Le concept d'état-limite	20
Des limites du concept d'état-limite	32

Les tests psychométriques standardisés et les tests projectifs	37
Le réservoir libidinal et son contenu	39
3. Psychogenèse comparée des états-limites et des autres dispositions psychiques	47
Traumatisme désorganisateur précoce, pseudo-Œdipe, pseudo-latence	47
Puberté et adolescence, périodes favorables aux traumatismes désorganisateurs tardifs	51
4. La constellation borderline	61
La dépression anaclitique	61
<i>Des contours au contenu de la dépression anaclitique, 61 • Dépression et contexte de maladie mortelle, 65</i>	
Résilience et dysharmonie évolutive	70
<i>La résilience, 70 • La dysharmonie évolutive, 73</i>	
5. Les situations expérimentales de traumatisme narcissique	77
Syndromes de stress post-traumatique	77
<i>Aspects sociologiques, 77 • Aspects thérapeutiques, 80</i>	
Les positionnements traumatiques liés à des handicaps, des maladies ou des transplantations d'organe	82
<i>Narcissisme et handicap, 82 • La transplantation d'organe : un traumatisme narcissique expérimental, 84</i>	

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉTAT-LIMITE DE LA PERSONNALITÉ DÉTERMINE LA CLINIQUE

6. Les aménagements comme supports de la clinique du quotidien	89
Préliminaires	89
Aménagements caractériels	91
Le sujet borderline et son entourage	95
<i>Les personnalités dites « pseudo-névroses de caractère », 95 • Les sujets dits « pseudo-psychozes de caractère », 96 • « Pseudo-perversions de caractère », 97 • Les traits de caractère masochiste moral (syndrome de Prométhée), 98</i>	

7. Aménagements pathologiques : les perversions	103
Le cadre de la rencontre	103
Difficultés nosographiques	106
Du narcissisme à la clinique	109
Perversions d'objet	112
<i>Pédophilie, 112 • Gérontophilie, nécrophilie, thanatophilie, 117 •</i>	
<i>Coupeurs de nattes, fétichistes, 121 • Zoophilie ou bestialité, 121</i>	
Perversions de moyen	123
<i>Les perversions de l'intime, 123 • Sadisme et masochisme, 124</i>	
8. Syndromes autonomes	135
Les dysphories de genre	135
Syndrome de Lasthénie de Ferjol	140
Syndrome de Münchausen	141
Les scarifications	146
9. Les aménagements addictifs comme indices de la structure psychique lacunaire	151
Les autres addictions : une constellation en expansion	157
Intrication perversion-addiction	161
La psychodépendance dans l'engagement religieux et les phénomènes sectaires	175
10. Autres issues du tronc commun borderline	179
Issues pseudo-névrotiques	179
Issues pseudo-psychotiques	181
Issues psychosomatiques	186
Anorexie-boulimie	190
<i>L'anorexie comme refus de la féminité, 194 • L'anorexie comme psychose focale, 195</i>	
Troubles caractériels et aménagements psychopathiques	198
<i>Troubles caractériels, 198 • Aménagements psychopathiques, 200</i>	
Le syndrome de Ganser : de l'hystérie aux états-limites	205

Aux confins des états-limites	208
<i>Le syndrome de Schopenhauer, 208 • Le syndrome de l'Imposteur, 210 •</i>	
<i>Etat-limite, structure psychique ou positionnement existentiel</i>	
<i>préférentiel ?, 212</i>	
De l'approche structurelle au psycho-traumatisme complexe	215

TROISIÈME PARTIE

SOIGNER LES ÉTATS-LIMITES

11. Stratégies thérapeutiques et tactiques d'approche des états-limites	221
Objectifs théoriques de la prise en charge	221
L'approche psychocorporelle, l'approche art-thérapeutique et l'approche par la médiation créatrice et culturelle	228
<i>De l'approche psychocorporelle à l'art-thérapie, 228 • L'art-thérapie comme moyen d'accès à l'archaïque, 237</i>	
Au-delà du verbe, éléments à décrypter en cours de processus thérapeutique avec les sujets borderlines : Storytelling et perception de l'inauthentique	247
<i>Le storytelling, 247 • Comment intégrer le sentiment d'inauthenticité qui prévaut en cours de thérapie ?, 251</i>	
Les approches sociothérapeutiques et chimiothérapeutiques	257
<i>Le contexte soignant, 257 • Psychothérapies et réapprentissage, 264</i>	
Pour une psychothérapie tenant compte du contexte social : l'éco-citoyenneté comme outil de narcissisation	268
Les traitements médicalisés	272
12. Des troubles de la personnalité aux troubles de l'identité	283
Les jeunes issus de l'immigration maghrébine	284
<i>Approche sociopsychologique, 284 • La violence comme loi ultime, 291 •</i>	
<i>Variantes de l'intégration, 294</i>	
Narcissisme et immigration	296
Les exclus sans domicile fixe (SDF)	301
Les détenus	307
Les déportés des camps de concentration et d'extermination	316

Vers une approche ethnopsychiatrique des troubles liés aux carences narcissiques	317
<i>Les NEET, 318 • Territoire et souffrance psychique, 323 • L'apotemnophilie, 326</i>	
13. Peut-on envisager une prévention des états-limites ?	331
Prévention primaire	332
<i>Les enfants et les adolescents, 333 • Les adultes, 340</i>	
Petite narcissismologie de la vie quotidienne	341
Prévention secondaire et prévention tertiaire	344
<i>CONCLUSION</i>	345
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	349
<i>LISTE DES CAS</i>	359
<i>INDEX</i>	361

Préface

LES PATIENTS qui présentent des troubles limites de la personnalité sont fascinants. Ils développent en nous des sentiments contradictoires faits de passion et de colère. C'est peut-être là que réside l'intérêt qu'on leur porte. Bien connaître la pathologie limite permet de mieux saisir les mécanismes de la psychose comme de la névrose, car il s'agit d'une pathologie frontière à la limite de ces deux grandes structures.

Ces *états-frontières* ont cette richesse séméiologique qui attire celui qui s'intéresse à la psychopathologie et à l'énigme de la vie psychique. Les patients états-limites sont à la fois très attachants dans leur tentative d'essayer de vivre mieux, mais extrêmement déroutants par leurs troubles du comportement.

Qu'est-ce qui fait qu'on devient état-limite ? Cette question à laquelle il n'est pas aisé de répondre supposerait une enquête épidémiologique rétrospective considérable. C'est pourquoi la plupart des auteurs se sont livrés à des hypothèses concordantes dont la cohérence ne peut être mise en doute. La plupart des spécialistes considèrent que la pathologie limite a un *taux d'incidence particulièrement élevé*. Pour certains auteurs, il atteindrait même 50 % de la population générale ! Parallèlement, les épidémiologistes constatent une diminution de la prévalence de la schizophrénie et de l'hystérie dans la population générale.

Cet aspect mérite qu'on s'y arrête. Plusieurs explications peuvent être fournies.

→ *Nous savons mieux repérer que du temps de Freud les états-limites*. Leur démembrement clinique est maintenant bien avancé et les patients que Freud considérait comme névrotiques seraient maintenant des états-limites. C'est le cas

de « l'homme aux loups » si bien analysé par Freud sans qu'un résultat bien net sur son évolution n'ait pu être noté.

C'est là un des premiers aspects qui explique l'importante fréquence des états-limites autrefois amalgamés au groupe des névroses.

- La deuxième explication est *démographique* : il ne faut pas oublier qu'avant-guerre l'espérance de vie était très limitée : on ne dépassait guère en moyenne la trentaine. Ainsi ne pouvait-on pas suivre sur une longue période de vie les patients. Ce qui empêchait bien entendu de repérer ces sortes d'adolescents attardés que sont les états-limites.
- Un troisième aspect, *sociologique* celui-ci, mérite un détour : notre société conçue sur un modèle psychotique et pervers est fondée sur le principe de plaisir et le clivage capitaliste de la rentabilité immédiate sans souci du lendemain réduit l'homme à sa valeur économique. Elle le dépossède de sa dimension spirituelle et psychique. Nul doute alors que notre mode de vie induit de plus en plus d'états-limites.

La vie moderne inductrice d'états-limites ?

D'un point de vue psychodynamique, deux théories essentielles proposent une conception heuristique intéressante : *l'angoisse d'abandon* précoce qui va sidérer les capacités de l'enfant et l'empêcher d'être résilient ou le *premier traumatisme désorganisateur* qui va installer l'enfant trop précocement dans une pseudo-latence qui sera à l'origine d'une sorte d'adolescence pérennisée.

Et de ce point de vue, il existe des corrélations entre *les facteurs psychologiques et leurs correspondances socio-économiques*. C'est là toute la question des corrélats entre la vie psychique et le mode de vie. Abandon, intrusion, traumatisme, trois mots-clés qui peuvent être rapportés à notre mode de vie. En effet, si l'on considère l'évolution de nos sociétés en fonction de l'organisation de l'Œdipe, force est de constater que nous sommes passés en près d'un demi-siècle de la famille structurée à la famille éclatée, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la psychopathologie.

Si toute société a la folie qu'elle mérite, il y a lieu de reconnaître que *notre mode de vie fabrique de plus en plus de cas-limites*.

La plupart des psychanalystes de deuxième génération et notamment Winnicott et Bion, ont insisté sur l'importance du rôle maternel dans le développement de l'enfant. Ils ont continué l'approfondissement des théories freudiennes et kleinienne déjà admises.

Pour Winnicott, *la mère suffisamment bonne* est celle qui sert de contenant aux angoisses de l'enfant. Sa présence, son activité de *nursing* et les soins

qu'elle dispense à l'enfant l'aident peu à peu à accepter le monde externe et lui permettent d'avoir avec lui des investissements d'objets progressifs. Cette période du narcissisme primaire décrite par Freud est fondamentale au point que certains ont pu considérer que la pathologie du narcissisme était centrale dans les cas-limites.

Pour Bion, *la capacité de rêverie maternelle* évite l'expulsion d'éléments bruts non métabolisables (les éléments bêta) dont l'enfant ne peut comprendre le sens et lui permet une élaboration psychique minimale : la *fonction alpha*. Celle-ci est une capacité à lier et à donner sens à ce qu'il vit. Cette fonction de symbolisation due à la mère dans la compréhension de son enfant ne joue plus tellement dans la vie moderne.

Mais il est aussi un autre aspect qui est la plupart du temps laissé sous silence : il s'agit de la position toute particulière qui est donnée à *l'enfant-roi* et qui ne lui permet pas facilement d'accepter le poids du réel. Cet enfant qui n'est pas à sa place est magnifié par ses parents. Son irrespect, son insolence ou son audace font rire ; la difficulté de l'existence ne lui est pas montrée ; chacun s'amuse de lui ; il n'a pas de *limites* clairement établies. Et quand la drôlerie passe à un second plan, on s'aperçoit bien tard que l'enfant-roi présente des troubles de l'identification, et surtout n'a pas intégré l'interdit puisque ses moindres caprices ont été exaucés. Il va passer brutalement d'un sentiment océanique de la prime enfance à l'irruption du monde de l'autre vécue alors sur un mode persécutoire, parce qu'au départ, il vivait dans une élation narcissique sans limite.

Par ailleurs, nos sociétés fondées sur la rentabilité économique ne sont pas suffisamment maternantes au sens d'aider à accepter les conditions de l'existence. Et le mythe actuel de l'enfant-roi doit être entendu comme tendance réactionnelle à un infanticide symbolique. Ne pas laisser l'enfant à sa place d'enfant consiste à le presser dans un adultomorphisme qui ne respecte pas les étapes qu'il a à franchir à son rythme.

Ces carences éducatives précoces fixeront une suprématie du narcissisme à un stade où il gênera l'épanouissement d'une relation d'objet satisfaisante.

Les états-limites se situent dans une *relation d'objet nostalgique*. L'objet a existé, mais il n'a pas été suffisamment bon ni suffisamment structurant. Cette relation d'objet nostalgique explique la sensation cruelle qu'ont les cas-limites de n'avoir pas eu leur dû et de rechercher leurs limites.

Leurs mécanismes de défense sont de deux ordres : *l'axe de la coupure*, pour éviter de souffrir à vide parce qu'ils sont tellement avides d'amour et *l'axe de la puissance* pour essayer de trouver malgré tout une certaine jouissance dans

leur existence misérable. Ce qui peut leur permettre de ne pas évoluer vers la paranoïa qui les figerait dans le postulat que l'enfer c'est les autres. Faute d'avoir pu trouver en l'autre celui qui sensible à leur altération, les désaltérant, les initiera à l'altérité.

Il était bon que Didier Bourgeois, chef de service à l'hôpital de Montfavet, qui fait encore partie des trop rares psychiatres militants du secteur, nous entretienne des liens entre l'éclairage psychodynamique et la clinique des états-limites. Son intelligence des situations, son ouverture d'esprit, sa double formation de psychanalyste et de systémicien permettent un abord passionnant de ce type de pathologie.

Son engagement dans la cause psychiatrique n'est plus à démontrer : il a exercé en milieu carcéral pendant de nombreuses années et s'occupe actuellement, entre autres, de sujets en situation de précarité sociale.

Il nous livre dans cet ouvrage la quintessence de sa réflexion et de sa pratique. Il était donc tout naturel que la collection « Psychothérapies » l'accueille en bonne place et fasse honneur aux qualités cliniques, scientifiques et humaines de l'auteur !

Dominique BARBIER

Psychiatre des hôpitaux

Président de l'Association nationale

de recherche et d'étude en psychiatrie (ANREP)

Avant-propos

CET OUVRAGE se propose d'envisager la notion d'état-limite de la personnalité à travers ses aménagements cliniques les plus fréquents et les plus significatifs, capables de dégager le sens lacunaire et archaïque du point de vue du narcissisme des nombreux sujets qui en sont porteurs.

L'idée d'un état-limite de la personnalité, bien qu'ancienne dans sa conceptualisation, déborde la dichotomie névrose/psychose et subvertit totalement la psychopathologie traditionnelle fondée sur les apports de la psychanalyse. Elle transcende la clinique psychiatrique tout autant que les individus *borderlines* dérangent leur entourage, en explorent les limites, et interrogent, là où elle a mal, la société en général. En ce sens, le questionnement que ces malades offrent au médecin ou au psychothérapeute est fécond. Il répond à l'une des exigences de la psychiatrie qui est de réévaluer sans cesse sa pertinence en tant que science humaine et science médicale, confrontée à l'évolution des mentalités et aussi à l'évolutivité naturelle des maladies mentales.

Ce texte, muni d'un appareil de notes et de nombreux cas cliniques, ne prétend pas l'exhaustivité. Il n'est qu'une proposition de grille de lecture de désordres comportementaux, fréquents, à rapporter subjectivement au matériel psychodynamique éventuellement restitué dans la relation nouée entre un intervenant et un sujet en souffrance, que ce dernier soit ou non en demande d'aide. Des pans entiers de la psychiatrie (psychooses et névroses) n'y sont pas abordés directement bien que, en creux, la mise en exergue de la problématique narcissique dessine des contours utilisables dans l'approche clinique de ces troubles structuraux de

la personnalité ainsi que pour l'abord thérapeutique des désordres mentaux qui en découlent.

Les tentatives contemporaines de classification, telles que la CIM-10 ou le DSM-IV, se veulent factuelles et non structurales, plus synchroniques que diachroniques. Elles ne recourent pas l'expérience du narcissisme et de sa faille comme constitutive de la souffrance psychique. Cette expérience, que nous tentons de partager, reste, en quelque sorte, le point aveugle de la « nouvelle clinique » (comme on disait autrefois « nouvelle cuisine »), épurée, sans doute de ce qui s'avère trop intime et trop humain pour se voir codifié. Elle ne peut être qu'interprétée mais de cette interprétation, parfois, naîtra le changement.

La richesse de la pratique psychiatrique, que celle-ci se déroule dans le strict cadre prévu à cet effet ou bien qu'elle s'insinue en contrebande dans une relation d'aide, réside justement dans la possible mise en perspective de divers points de vue apportant un relief sans cesse renouvelé à des conduites ébranlant les certitudes héritées de notre formation et de notre éducation.

Le principe de la constitution d'une personnalité durablement structurée de façon *borderline* apparaît aujourd'hui clair et stéréotypé dans son agencement psychogénétique, nécessitant traumatismes désorganisateur précoces et tardifs afin de verrouiller une trajectoire vitale spécifique, génératrice en elle-même de beaucoup de souffrance et, par ailleurs, capable d'aménagements économiques si divers qu'ils en sont déroutants. Le narcissisme et ses avatars sont des notions essentielles pour aborder, sinon comprendre, les émotions, le comportement ponctuel et la trajectoire vitale extraordinaire de ces sujets, qui sont de plus en plus nombreux.

Comprendre les états-limites permet d'oser les soigner en utilisant les techniques les plus appropriées, celles qui tiennent compte de la carence narcissique fondatrice de la fragilité de ces personnalités.

Cet ouvrage est destiné aux psychiatres et aux psychothérapeutes mais il pourra intéresser aussi les médecins généralistes qu'interpelle la proportion croissante de patients inclassables mais clairement « psy » et en grande souffrance psychique, suscitant des réactions passionnelles parfois mal maîtrisables. Il s'adresse également à l'ensemble des professionnels du paramédical, exerçant en milieu hospitalier ou en secteur libéral.

Il se donne pour but d'explorer les avatars du narcissisme, aussi bien dans la psychogénèse que dans la clinique, dans la mesure où la carence narcissique détermine, infiltre et colore des comportements si déstabilisants et divers qu'on

parle souvent de comorbidité à leur propos alors qu'ils renvoient à une évidente unité structurale.

L'histoire de l'élaboration du concept est édifiante. Elle évoque la difficulté théorique à conceptualiser enfin un trouble mental demeurant purement psychogénétique, au fur et à mesure que les apports des neurosciences fondamentales teintaient de biologisme des maladies jusque-là réputées mentales, schizophrénies ou dysthymies, considérées comme le noyau dur de la discipline. La variabilité clinique orienta tour à tour l'attention des cliniciens sur tel ou tel tableau clinique en fonction de sa visibilité sociale et de son potentiel sociopathogène et elle poussa les thérapeutes dans des directions qui se sont souvent avérées être des impasses.

En étant au clair avec les avatars du narcissisme et en les reconnaissant dans les partenaires relationnels que sont les patients porteurs de traits narcissiques, en acceptant de voir en soi-même la réalité de certains d'entre eux, le « praticien en état-limite » sera davantage à même de conserver une ligne directrice cohérente à son intervention thérapeutique, c'est-à-dire à ne pas se laisser manipuler – ce qui ne pourra être que bénéfique, à terme, pour le malade. Le projet de cet ouvrage est donc d'aider à comprendre et soigner les états-limites.

Avant-propos à la 2^e édition

AVEC un recul de cinq années depuis la première édition, la question des états-limites, les comprendre et les soigner, mais aussi les détecter, nous est apparue plus que jamais d'actualité, d'où l'utilité de mettre à jour et de compléter cet ouvrage pour lui permettre de rester un outil de travail au service du lecteur, qu'il soit membre de la famille, éducateur, thérapeute ou soignant, ou bien qu'il soit un sujet qui se reconnaisse lui-même comme étant de structure psychique état-limite.

Depuis la parution de la première édition, nous avons eu accès à une masse d'informations et de réflexions nouvelles de la part de confrères et de collègues, mais aussi de la part de patients ou de sujets qui se sont reconnus dans les éléments cliniques proposés dans le livre. Ces apports pertinents sont de nature à faire évoluer notre perception de ces organisations particulières de la personnalité et de leurs aménagements cliniques.

Les sociétés secrètent les nosographies qui leur correspondent le mieux mais aussi les troubles mentaux et les désordres comportementaux qu'elles méritent ; ainsi, ce début de siècle violent et tourbillonnant, par bien des aspects déjà déstabilisé, ne peut que favoriser l'émergence de variantes cliniques des états-limites qui sont des positionnements vitaux éminemment socialement plastiques.

Ces variantes ne sont pas anecdotiques, elles sont révélatrices. Sous couvert d'un socle intra-psychique commun, elles expriment l'inventivité et la richesse parfois tortueuse autant que torturé du psychisme humain lorsqu'il se retrouve

confronté aux aléas du narcissisme et elles illustrent le projet conscient ou inconscient d'un sujet d'arriver à se façonner en dépit de toute une identité et un destin cohérents et acceptables dans un environnement vécu comme hostile.

Du coup, si la clinique des états-limites se transforme et s'enrichit, la compréhension et la prise en charge efficiente des sujets réels imposent plus que jamais d'être créatif, attentif aux nuances et à ces instants de bascule de la souffrance à la déviance. En cela, elle est passionnante.

Cette deuxième édition a été l'occasion de développer certains aspects cliniques inédits ainsi que des formules nouvelles de prise en charge thérapeutique. Nous espérons que le lecteur y trouvera de quoi alimenter et approfondir sa réflexion et sa pratique.

PARTIE I

Comprendre les états-limites

■ Chap. 1	Les états-limites : passer de la nosographie actuelle à une troisième entité	3
■ Chap. 2	Des origines supposées du problème : la constellation des apports théoriques	19
■ Chap. 3	Psychogenèse comparée des états-limites et des autres dispositions psychiques	47
■ Chap. 4	La constellation borderline	61
■ Chap. 5	Les situations expérimentales de traumatisme narcissique	77

Chapitre 1

Les états-limites : passer de la nosographie actuelle à une troisième entité

LE PARADIGME ACTUEL

Psychoses et névroses sont les variantes structurelles du « cristal de roche » qu'est la personnalité, selon le système de conception et de représentation des arcanes du psychisme humain avancé par S. Freud et ses héritiers, les tenants de la psychanalyse. La psychanalyse est à la base de la grille de lecture la plus usuelle concernant les troubles psychiques mais elle reste, à l'heure actuelle, quasiment muette sur le sujet.

La richesse clinique des troubles de la personnalité et de leur expression pathologique comportementale ne se satisfait plus de cette dichotomie réductrice. Cette constatation a conduit à postuler l'existence d'une troisième entité structurelle de la personnalité, potentiellement autonome par l'agencement de ses déterminants psychogénétiques et son fonctionnement intrinsèque qui sont perceptibles à travers la clinique.

Cette troisième entité potentielle ne serait pas seulement une interface entre les deux structurations psychodynamiques princeps, psychose et névrose. Psychose

et névrose sont des concepts qui ont été individualisés à grande distance historique : la névrose par W. Cullen (1769) et la psychose par E. Von Feuchtersleben (1845).

Dès le milieu du xx^e siècle, confrontés à la question des limites de ces concepts structuraux, les cliniciens ont proposé des dénominations intermédiaires destinées à atténuer la contradiction entre la théorie et la clinique. Cette troisième entité soupçonnée empiriquement ne serait ni une schizomanie, ni une pré-schizophrénie, ni une schizophrénie *incipiens*, ces trois appellations renvoyant à une proximité fondamentale à la psychose. Elle ne renverrait pas plus à de simples formes de passage insidieux entre les deux pôles, ce qui serait peu compatible avec le modèle théorique binaire freudien. Elle constituerait une tiers-structure si ce n'est un tiers état, voire un tiers-monde de la psychiatrie tant les sujets qui en relèvent apparaissent « marqués par le malheur ». Les conceptualisations destinées à transcender la dichotomie psychose/névrose sont nombreuses et ce nombre signe justement la difficulté théorique du problème. Aujourd'hui encore, le terme d'état limite reste un terme flou et à partir de ces considérations, on voit que cette notion d'état limite a été admise « en creux », par élimination.

Cependant, bien que construit à l'aide de références théoriques et d'intuitions cliniques appartenant au champ psychanalytique, ce postulat dérangeant donne un sens enrichi à des désordres psychocomportementaux atypiques et il dégage d'autres logiques résolutive que psychose et névrose. Ainsi, il subvertit le modèle auquel il se réfère et en fait éclater la cohérence. Dès lors, même aujourd'hui de nombreux psychanalystes le réfutent.

En dehors de ce néo-contexte explicatif, nombre de tableaux cliniques actuels, seraient à admettre, par défaut, comme des errements diagnostiques, des états mixtes ou des formes hybrides, des coïncidences ou des comorbidités habituelles. L'évolution de la nosographie regorge de tentatives destinées à donner un sens à ces tableaux atypiques, en fonction de la variation de leur visibilité sociale. Nous avons évoqué la schizomanie mais on a pu parler de « psychonévrose » (S. Freud, à propos de la névrose obsessionnelle) voire de « psychose hystérique », ce qui était un non-sens théorique puisque c'était un terme accolant deux éléments appartenant à des structures psychiques opposables.

La réalité ne peut se plier à la théorie, elle est vouée à dessiner, par son irréductibilité, d'autres pistes hypothétiques fécondes ou se révélant être des impasses thérapeutiques puisque le but de toute théorisation en la matière reste d'éclairer la pratique, que ce soit dans la compréhension du phénomène ou dans la mise en place de traitements originaux.

Par référence au fait qu'ils relèvent d'états psychiques frontières, riches précisément par leur instabilité, L. Fineltain (1996), nomma *styxose* cette disposition limite mais autonome par rapport à psychose et névrose de la personnalité. Cette terminologie a le mérite de mettre sur un pied d'égalité les trois entités sans subordonner l'une aux deux autres.

Tenant compte du fait que nombre d'individus présentaient des troubles psychiques sans complètement « verser dans la maladie mentale » (c'est un autre sens de l'état-limite) on a pu postuler que la notion d'état-limite correspondait aux troubles graves de la personnalité¹.

En effet, ces « troubles graves de la personnalité », à type d'états limites (Racamier, 1963 ; Bergeret, 1970) constituent une partie notable d'un socle intrapsychique propre à se traduire par des désordres psychocomportementaux spécifiques, parfois violents et spectaculaires. Ces troubles existent aussi bien chez des individus considérés comme non pathologiques, mais plongés en position d'intense souffrance psychique chronique si leurs mécanismes défensifs prévalents viennent à défaillir, que chez des malades avérés, soignés en psychiatrie, ou chez des grands déviants sociaux échappant d'habitude à la psychiatisation et fréquentant les lieux de répression telle que la prison.

Ainsi, le champ recouvrant des états-limites s'est élargi progressivement, allant de la psychopathologie à la sociopathologie, du fait, précisément, que la mise en jeu de ces désordres intrapsychiques est de nature à remettre durablement en question l'ordre établi, la nosographie comme la paix sociale. Un délire paranoïde agi, chez un schizophrène n'est pas en mesure de constituer un fait de société, il contribuera juste, en négatif, à faciliter la détermination des contours d'une normalité psychocomportementale et à rassurer les « normaux » sur leur santé mentale. Un névrosé restera facilement inscrit dans un fonctionnement normal et, s'il dérape, c'est la loi, en tant qu'émanation du consensus social et expression des mentalités, qui sanctionnera son acte. En revanche, le fait que la plupart des sujets *borderlines* interrogent fortement leur monde les rend plus volontiers insterticiels, quitte à mettre à mal les structures entre lesquelles ils évoluent. Ils se font rejeter. Leurs troubles comportementaux patents les démarquent du monde ordinaire mais leur lucidité (qui n'est jamais mise en défaut), leur souffrance manifeste et leur intelligence, les ramènent sans cesse du côté des « normopathes ». Dès lors, leur visibilité comportementale et leur

1. En France, les imprimés des feuilles de demande d'exonération du ticket modérateur (le 100 %) au titre d'affection longue durée comprennent trois items psychiatriques : psychose, névrose, troubles graves de la personnalité.

impact sur le monde sont de l'ordre de la sociopathie. Ils ont, plus que tout autre, la particularité d'être sensibles au contexte social en dépit du fait qu'une partie de leurs troubles ressort du champ de la psychodynamique. Ceci explique que la symptomatologie qu'ils présentent soit si évolutive.

LA LACUNOSE

C'est pour cela que l'intérêt des chercheurs vis-à-vis de ce type de personnalité énigmatique n'a jamais faibli depuis les descriptions princeps : Hugues (1884), (cité par L. Fineltain, 1996), comme état frontière de la folie, avant la théorisation freudienne, D. N Stern (1985, 1989) et H. Searles (1977, 1994).

Nous avons vu que cet intérêt, guidé par une clinique heuristique, se focalisa tout à tour sur les diverses manifestations comportementales du désordre comme autant de pistes pour décrypter son sens intime, sans toujours pouvoir ramener clairement celles-ci à une disposition sous-jacente particulière du psychisme puisqu'on ne voulait (ou pouvait) pas sortir de la dualité psychose/névrose.

C'est ainsi que furent revendiquées comme des entités autonomes sociopathiques, voire des maladies mentales des regroupements aléatoires ou syndromiques aussi variés que la sorcellerie en son temps mais aussi la psychopathie, ou le déséquilibre psychique, l'alcoolisme, les toxicomanies, l'anorexie/boulimie ou les perversions sexuelles, ainsi qu'une nébuleuse de petits tableaux cliniques qui se sont peu à peu agrégés en un ensemble cohérent : syndrome de Ganser, syndrome de Münchausen, syndrome de Lasthénie de Ferjol. Nous reviendrons ultérieurement sur ces syndromes. Sous des apparences distinctes, on pouvait constater, dès cette époque, une profonde intrication clinique dépassant la comorbidité simple, admettant des formes de passage ou une succession de « maladies » appelées à se développer chez un seul et même individu au fur et à mesure qu'il avançait en âge.

Par ailleurs, en fonction de l'angle d'analyse du processus psychique, la plupart de ces entités cliniques sont potentiellement intégrables dans le groupe des addictions ou des perversions, voire des aménagements pseudo-psychotiques ou des « psychoses focales¹ ». Un même comportement peut, en outre, se décrire comme une forme mixte, en raison de son déroulement diachronique ou par sa

1. Le terme de psychose focale correspond à l'intuition que le bouleversement pathologique de la personnalité reste focalisé à un secteur du champ vital et n'envahit pas la totalité du fonctionnement du sujet.

signification existentielle : citons la scatophilie téléphonique dans son rapport à l'érotomanie, la kleptomanie comme perversion et addiction ; la règle étant la coexistence systématique de plusieurs de ces dysfonctionnements chez une même personne (Abel, *et al.*, 1988). Nous aborderons ces comportements dans le chapitre des perversions.

Ce démembrement clinique superficiel, utile pour affiner la sémiologie, aidait à la détermination des symptômes cibles d'éventuelles thérapeutiques médicamenteuses ou biophysiques espérées. Par sa logique, il contredisait néanmoins toute approche analytique globale d'une personnalité sous-jacente, seule capable, pourtant, de susciter une mise en perspective cohérente visant à dépasser leur juxtaposition taxinomique simplificatrice, mais didactique. Il interdisait la perspective d'une approche psychothérapique cohérente.

L'expérience montre que ces patients, nombreux (30 % des consultations selon L. Fineltain, 1996), s'ils sont souvent passionnants pour l'économie psychique du soignant, ne sont pas les plus faciles à prendre en charge car ils s'avèrent déroutants, au sens propre. Il apparaît donc licite de chercher à mieux démonter les ressorts intimes de leurs comportements morbides, parfois spectaculaires, rebutants par leur itération, ou attachants. Cela permet de proposer des stratégies d'approche relationnelle ou thérapeutique dépassant la simple rétroaction médicale et la sanction sociale qui, nous le verrons, renforce inévitablement le comportement pathologique jusqu'à le figer en une sociopathie. Pourtant, la sanction sociale intervient encore souvent, lorsque les déviances sont devenues trop déstabilisantes pour l'ordre public et la morale.

La psychogenèse de ces personnalités est éloquente. Leur abord thérapeutique n'est pas encore codifié et il reste empirique, sous-tendu parfois par un contre-transfert négatif, tant les troubles et leur variabilité interindividuelle comme intra-individuelle sont dérangeants et touchent souvent au point aveugle des soignants en réactivant des positionnements transactionnels enfouis chez ces derniers¹.

Il n'est pas étonnant de constater que, hormis les cas pathologiques extrêmes, relatifs à des aménagements pervers ou caractéropathes prédominants, les sujets dotés (doués ?) d'une personnalité *borderline* savent émouvoir. Ils arrivent avec

1. La problématique de réparation qui infiltre plus ou moins sourdement certaines vocations thérapeutiques, soignantes ou éducatives, a sans doute à voir, pour partie, avec des formes cicatricielles ou atténuées du questionnement *borderline*. La confrontation de ces vécus, si elle parvient à transcender les effets de miroir, est parfois un puissant levier thérapeutique.

une facilité déconcertante à débusquer le partenaire complémentaire qui parviendra à les apaiser ou les contenir, le temps d'une vie parfois, le temps d'une prise en charge référente souvent.

Ce partenaire potentiel étant initialement plus ou moins consentant, il se retrouve très vite, irrémédiablement, happé dans l'histoire du sujet *borderline*, désubjectivé, un peu comme dans certains processus paranoïaques passionnels qui se révèlent d'ailleurs, à l'analyse, plus souvent *borderlines* que psychotiques (heureusement !). Ils vivent une passion au sens philosophique du terme.

L'hypersensibilité et la souffrance chronique des sujets *borderlines* s'avèrent souvent très complémentaires de la vectorisation psycho-émotionnelle de leur partenaire privilégié, que celui-ci soit lui-même engagé dans un fonctionnement *borderline* réparateur ou masochiste, ou qu'il soit intimement doté d'une personnalité névrotique fondée sur la culpabilité¹, la compassion et le dévouement. La psychologie intime de ce partenaire désigné est évidemment à questionner car, tôt ou tard, après la lune de miel, lorsque son illusion réparatrice s'évanouira, lorsque le faux *self*² du sujet *borderline* se fragilisera, lorsque la faille narcissique³ primordiale s'élargira sous les coups de boutoir des inévitables frustrations ordinaires ou extraordinaires de l'existence, la question de la cohabitation puis de la séparation se posera pour les deux sujets. C'est le sens de la problématique de répétition et d'abandon chez les sujets *borderlines* et leur entourage.

On constate que le questionnement abandonnique inhérent aux sujets narcissiquement défaillants les poussera à explorer (ou à faire exploser) la tolérance de leur partenaire, sachant souvent là où il faut appuyer pour lui faire le plus mal, le provoquer inéluctablement, susciter parfois sa rage ou sa violence réactionnelle

1. La culpabilité est l'un des concepts centraux de la psychodynamique. Elle exprime dans le conscient et l'inconscient du sujet une relation topique conflictuelle entre le moi et le surmoi. Le surmoi est conçu comme une instance psychique intersubjective qui est dérivée du narcissisme et se trouve pérennisée après le complexe d'Œdipe à la suite d'une identification à l'interdit parental. Cette identification permet à l'enfant de penser conserver l'amour du parent avec qui il s'est placé en rivalité et parer ainsi la menace de la castration par lui.

2. Ce terme introduit par D.W. Winnicott désigne « une distorsion de la personnalité qui consiste à s'engager dès l'enfance dans une existence en trompe l'œil (le soi inauthentique) afin de protéger, par une organisation défensive, un vrai *self* (le soi authentique). Le faux *self* est donc le moyen de ne pas être soi-même selon plusieurs gradations qui vont jusqu'à une pathologie de type schizoïde où le faux *self* est alors instauré comme étant la seule réalité, venant ainsi signifier l'absence du vrai *self*. » (définition issue du *Dictionnaire de la Psychanalyse*, E. Roudinesco, M. Plon, 1997, p. 967).

3. La notion de faille narcissique est primordiale dans l'approche des états-limites. La question du narcissisme et de ses avatars sera développée ultérieurement.

et s'exposer au risque, une fois de plus, de se voir violenté ou abandonné. Ce passage à l'acte du partenaire, comme celui de l'entourage familial, de l'institution, de la société (Conrad, Schneider, 1980) – car nous sommes là dans des dimensions fractales de l'environnement du sujet « cas limite » – confirmera et validera, une fois de plus, les précédents passages à l'acte, enfonçant le patient dans sa problématique abandonnique par mésestime de soi, dans un destin victimaire. C'est cela qu'il faut prévenir le plus tôt possible (dans le champ éducatif et soignant, comme dans le champ familial ou conjugal). C'est cela qu'il faut désamorcer autant que possible (perspective psychothérapique à court terme), qu'il faut prendre en considération dans l'après-coup, parfois pour contextualiser un passage à l'acte (perspective victimologique et criminologique).

APPROCHES PLURIELLES DU PHÉNOMÈNE ÉTAT-LIMITE : DE L'IMPORTANCE DU TRAIT D'UNION

Nous placerons désormais un trait d'union entre état et limite, ce qui ne se retrouve pas dans les définitions habituelles. À notre sens ce trait confère une cohérence supplémentaire à l'expression qui, dès lors, n'est plus la simple juxtaposition des deux termes. Ainsi, l'un n'est plus adjectif de l'autre, mais chacun devient co-substantif particulier, capable de définir un néo-terme qui dépasse la signification de ses deux composants.

Après avoir vu la façon dont est née la conceptualisation d'une troisième entité à partir de la clinique, nous allons aborder la manière dont l'entité état-limite a pu se dégager, aussi, à partir du contexte social puis des théories psychodynamiques.

Bien que les états-limites constituent traditionnellement des contre-indications formelles à la psychanalyse – puisque renvoyés dans la sphère rédhibitoire (en matière de psychanalyse) des psychoses – ce sont des théoriciens appartenant au courant psychanalytique qui s'y intéressèrent tout au long de la seconde moitié du ^{xx}e siècle, ne serait-ce que pour les diagnostiquer avant toute initiation abusive d'une tranche de cure psychanalytique, mais surtout parce que ces positions et ces organisations psychiques, en raison de leur aspect tranché, proposent un éclairage formidable sur les dynamiques névrotiques et psychotiques qui déclinent le cœur de la praxis psychothérapique analytique et son socle théorique, articulé depuis toujours sur le complexe d'Œdipe.

O. Kernberg (1977, 1989) et M. Klein (1948, 1975) parlèrent, eux, d'organisations limites de la personnalité, en tant qu'organisations stables, spécifiques, mobilisables,

caractérisées par l'importance des mécanismes défensifs archaïques, traditionnellement perçus comme inclus dans le registre psychotique : dénégation, clivage, identification projective. O. Kernberg alla plus loin en parlant à ce propos de « relations d'objet primitives intériorisées ».

Cette ambiguïté contribua à renforcer certains théoriciens, et cela perdure, dans l'idée que ce qui n'était pas clairement névrotique ne pouvait appartenir qu'au champ de la psychose, quitte à élaborer l'hypothèse d'une gradation de gravité entre névrose et psychose constituée, la psychose pouvant être autant un processus qu'un état stable.

La différence, selon nous, est que les mécanismes défensifs des états-limites, même d'essence psychotique, s'ils sont repérés, peuvent se montrer sensibles à l'interprétation analytique, ce qui n'est ni évident ni opérant dans la psychose.

Selon O. Kernberg, les sujets présentant une organisation limite de la personnalité ont subi précocement des situations réelles ayant entraîné une frustration ; cette hypothèse ne s'oppose donc pas au concept de traumatisme désorganisateur précoce, mis en exergue par J. Bergeret, et que nous développerons ultérieurement.

Sont évoqués comme les caractéristiques de cette organisation limite de la personnalité :

- une absence d'autonomie primaire adéquate ;
- une faible tolérance à l'anxiété et à la frustration, ce qui renvoie aux réactions caractérielles ;
- la présence de pulsions agressives ;
- les limites du moi sont néanmoins assurées, ce qui le différencie du moi psychotique déterminé comme morcelé, voire pulvérisé ;
- le statut de l'objet est globalement assuré mais l'investissement objectal est instable, aléatoire ;
- le moi, lui-même instable dans son volume et ses attributions, est clivé, ce qui affaiblit d'autant le jeu des autres instances mises en place selon le modèle de la seconde topique freudienne.

La notion de clivage du moi fait écho au mécanisme défensif du clivage. Elle n'est pas contradictoire avec la conception d'un moi lacunaire potentiellement comblé par un faux *self* au sens de D. W. Winnicott, la ligne de clivage passant alors entre le faux *self* et le moi lacunaire, un peu comme dans les monnaies bimétalliques modernes. En théorie, on pourrait également imaginer une faille

n'épousant pas le contour du clivage, voire des jeux de clivage ou des agrégats de faux *selves* individualisant des « personnalités multiples ».

Ces dernières sont des entités cliniques rarissimes, presque théoriques (James, 1999 et Carroy, 1993). Elles sont désormais traditionnellement rattachées, faute de mieux, à la psychose et caractérisées par l'alternance chronologique ou la juxtaposition non intégrable dans une seule personnalité d'équivalents identitaires (l'identité d'un individu se concevant comme la résultante de l'interaction dynamique de sa personnalité, de son caractère, de ses aménagements économiques, de son tempérament, de son statut social et de l'idée qu'il se fait de tout cela) distincts sur une période allant de quelques jours à plusieurs années, la composante biologique s'y surajoutant. On retrouve la notion de l'être humain comme « être biopsychosocial ».

A contrario, l'amnésie psychogène, qui est une affection rarissime, bien que traditionnellement rattachée à la constellation hystérique, c'est-à-dire sans cause organique soupçonnable, pourrait se concevoir comme une brutale panne d'identité, un blanc identitaire paroxystique faisant pendant, mais dans le même registre, aux identités et personnalités multiples. Un schéma montre diverses formes théoriques du moi.

La notion de personnalité multiple est pour une part antérieure à la psychiatrie et à la psychanalyse. Le magnétisme (Mesmer), le spiritisme et l'occultisme (V. Hugo) s'y intéressèrent car le phénomène pouvait entrer dans leurs champs de compréhension et dans les préoccupations culturelles de l'époque. P. Despine (1840, puis 1875, le cas Estelle, 1880), puis M. Azam (1887, le cas Félicité X) contribuèrent à sa description médicalisée donc libérée d'une lecture mystique ou occultiste, dans une perspective la rapprochant prémonitoirement de l'hystérie, entité psychoclinique qui n'existait pas encore. La discussion psychopathologique opposait, à cette époque, les théories organicistes (l'idée d'une séparation hémisphérique entraînant une dichotomie affective) et associationnistes. Par la suite, l'hypnose, comme l'une des voies royales d'approche de l'inconscient, son association à la psychanalyse ainsi que le concept de schizophrénie introduit par E. Bleuler en 1911, ébranlèrent les descriptions initiales. On ne trouvait plus de cas clinique ! Devenue désuète, l'entité « personnalité multiple » se trouva démembrée et reliée à d'autres troubles neuropsychiatriques (somnambulisme, automatisme mental psychotique). Tout se passa comme si l'affection mentale avait alors traversé l'Atlantique dans les bagages des psychanalystes. Aux États-Unis, la multiplication des cas comme le nombre des personnalités pouvant coexister, (jusqu'à soixante chez un même individu), fut remarquable mais ces tableaux restèrent rarissimes dans les autres pays. Certains psychiatres s'en sont

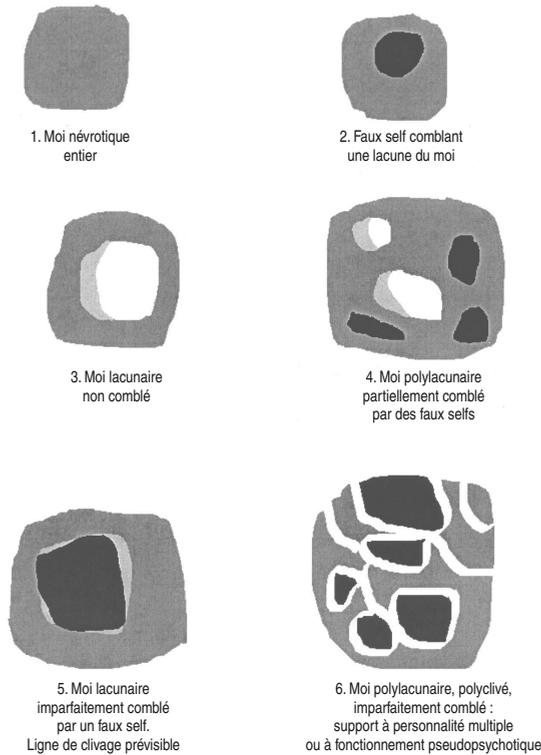


Figure 1.1. Quelques modèles du moi

fait aujourd'hui, aux États-Unis, une spécialité : F. W. Putnam (1989) comme un nouveau Charcot ?

Le fait que le déclenchement du passage de l'une à l'autre des personnalités soit étroitement corrélé à un *stress* psychosocial, la non-dialectisation existentielle de personnalités contradictoires et la présence concomitante de dysmnésies ont fait parler de « personnalité caméléon » à rapprocher là encore de la clinique traditionnelle de l'hystérie (Tribolet, 1998). En d'autres temps ou d'autres lieux, on aurait pu parler de sorcellerie ou de possession diabolique à propos de ces tableaux cliniques. C'est en ce sens que la sociopathologie et l'ethnopsychologie