

LDPS4-653
76-008

bulletin de **psychologie**

GROUPE
D'ÉTUDES
DE PSYCHOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

XXIX 321 4-7



1975-1976

Les états-limites : historique et revue

C. MORMONT

Chef de travaux
à la Clinique psychiatrique universitaire
de Liège (Dir. Jean BOBON).

Les états-limites : historique et revue

C. MORMONT

Chef de travaux
à la Clinique psychiatrique universitaire
de Liège (Dir. Jean BOBON).

1. Les concepts antérieurs ou voisins

Ce n'est pas en empiétant sur les grands syndromes bien définis, mais en regroupant des cas atypiques, changeants, pour lesquels le diagnostic est malaisé et variable, que s'est constituée progressivement la classe des cas-limites.

Cela ne revient pas à dire que tous les diagnostics incertains, que tous les tableaux hétérogènes entrent dans cette classe. Au contraire, il semble que le cas-limite soit relativement rare et, pour mériter ce label, le patient doit présenter une organisation particulière et, pense-t-on, spécifique de la personnalité.

La reconnaissance de cette organisation est l'aboutissement d'une longue histoire qui prend ses racines dans la psychiatrie européenne du XIX^e siècle et s'épanouit au milieu du XX^e siècle dans le courant américain, marqué par la psychanalyse.

Un rappel de cette histoire est sans doute utile afin d'éviter trop de confusions.

Dès 1885, alors que, sous l'impulsion de Kraepelin, la nosographie s'ordonne autour de la démence précoce, Kahlbaum décrit un syndrome qui se distingue de cette démence précoce par la prévalence des conduites asociales et par l'absence de déchéance terminale. Il s'agit de l'héboïdophrénie.

Bleuler, en 1911, crée le mot schizophrénie et, prenant ses distances à l'égard de la notion de démence, il rassemble sous ce terme plusieurs tableaux qui ont en commun la dissociation intrapsychique. Cette dissociation qui touche la pensée, l'affectivité, est le symptôme primaire dont vont dériver les symptômes secondaires, délires, hallucinations, catatonie, etc.

Bleuler en vient pourtant à proposer la notion de schizophrénie latente. Sous cette dénomination, il semble évoquer deux faits quelque peu différents si l'on en juge par le texte suivant : « la schizophrénie latente est le plus

souvent une « déchéance » — au sens schizophrénique du terme — évoluant au cours des décennies ». Mais, ajoute-t-il, « il existe indubitablement aussi des schizophrénies latentes qui ne deviennent jamais manifestes ».

Dans le but de bien isoler les troubles fondés sur la dissociation, Claude retient la notion de schizose.

Il écrit qu'il a « cru bon, plutôt que d'englober toutes les variétés d'états psychopathiques relevant de la dissociation des fonctions intellectuelles sous le nom de schizophrénie, de les réunir sous le terme générique de schizoses, emprunté à la littérature allemande, afin de mieux caractériser les divers types d'états schizoïdes, de schizomanies, de schizophrénies... » L'état schizoïde est une manière d'être caractérisée par une activité spéculative mal ordonnée, improductive et surinvestie. Cet état peut ou non évoluer vers la schizophrénie, en passant éventuellement par une période de schizomanie. Celle-ci « se traduit par une tendance invétérée quasi-impulsive, obéissant à une force irrésistible, de certains sujets à dissocier leur personnalité, suivant un type conforme à certains complexes affectifs, c'est la propension habituelle des sujets à se renfermer dans leur autisme quand ils ne peuvent s'adapter à la situation, à la réalité ».

Enfin, Henri Ey définit la schizonévrose : « sur un fond de schizoïde, écrit Ey, peut se produire une évolution non plus lentement progressive, mais explosant par poussées successives entre lesquelles le sujet guéri de sa « poussée psychotique » reprend une existence « névrotique ». C'est dire que cette forme relativement fréquente se caractérise par des crises et par ses rapports avec les structures névrotiques : le malade alterne deux modes de réponses à ses conflits vitaux, le mode névrotique, fond de son existence, et le mode psychotique, éclatant par bouffée ».

Aux environs de 1940, se développent presque simultanément les concepts de « ambulatory

schizophrenia », puis de schizophrénie pseudo-névrotique.

Pour Hoch et Polatin (1949) cette maladie est bien schizophrénique puisque les symptômes primaires (désordre de la pensée, des associations, de la régulation émotionnelle, dissociation, ambivalence...) sont présents alors que les symptômes secondaires habituels (délires, hallucinations, catatonie) sont remplacés par la triade « pan-névrose, pan-anxiété, pan-phobie ».

Par ailleurs, on admettra que des symptômes névrotiques peuvent protéger de l'actualisation d'une psychose latente.

L'extension abusive Outre-Atlantique du terme de schizophrénie ne facilite pas la saisie exacte de ces apports cliniques et théoriques.

Dans ce bref historique, nous ne nous arrêterons pas aux modes d'entrée dans la schizophrénie, qui sont maintenant bien connus.

Ce rappel de termes et de concepts n'a pas pour seul objectif de rafraîchir les souvenirs et de fixer les idées : il s'agit aussi d'insister sur le fait que ces notions, qui nous intéressent parce qu'elles concernent des patients hors cadre, ont été définies chacune dans un contexte donné. Lorsqu'on les utilise, il paraît indispensable de les insérer dans le système qui les a engendrées afin de respecter leur signification et leur champ d'application véritables. Les assimilations hâtives par lesquelles s'établissent des équivalences douteuses entre des termes d'origines différentes semblent plutôt accroître la confusion que simplifier les choses.

2. Le concept de cas-limite

Cela dit, comment l'idée des cas-limites a-t-elle fait son chemin ?

Dans le champ de la psychopathologie, le mot lui-même, doté d'une signification particulière, apparaît on ne sait trop quand. Ce qui ne surprend guère puisqu'il s'agit d'un mot de la langue vulgaire. Il semble toutefois qu'il faille attendre 1938 pour que le terme cas-limite entre vraiment dans la nosologie grâce à Stern qui, dans sa pratique analytique, est amené à reconnaître que certains sujets n'appartiennent ni à la psychose ni à la névrose et que pour eux la cure psychanalytique doit subir des aménagements ; selon Stern l'évolution de ces cas serait défavorable.

Il faudra près de 15 ans encore avant que ce concept ne prenne son essor. Quinze ans au cours desquels des jalons importants seront posés (notamment par H. Deutsch) sans qu'une théorie cohérente s'élabore.

En 1952, Wolberg ouvre la voie à un courant encore vigoureux aujourd'hui, en publiant un article « The borderline patient ». Elle y décrit les traits qu'elle juge typiques et leur enchaînement en cercle vicieux. Elle insiste tout particulièrement sur le sado-masochisme, sur le désir d'être un « bon » enfant, d'être reconnu et récompensé, sur la susceptibilité, sur les affects intenses et les sentiments de rejet,

d'abandon, sur les réactions très hostiles qui accroissent l'anxiété, la dépression, le masochisme et la culpabilité. Elle décrit aussi différents types de mères de cas-limites (mère obsessionnelle, narcissique-phallique, paranoïde, passive). Elle considère que le traitement de choix est l'entretien en face à face, à raison de 2 ou 3 séances par semaine.

La position de Knight (1953) est plus réservée. Pour lui le terme « borderline state » n'est pas recommandable ; il informe plus de la perplexité du psychiatre que de la condition du patient. Toutefois ce diagnostic est habituellement utilisé pour les sujets « dont les fonctions normales du moi - processus secondaires de pensée, intégration, projets réalistes, adaptation à l'environnement, maintien des relations d'objet et défenses contre les impulsions primitives inconscientes — sont sévèrement affaiblies ». Pour Knight, il est plus important d'évaluer justement le rapport entre les fonctions préservées du moi et les forces pathogéniques instinctuelles désintégrant, que de chicaner sur la présence et le degré de traits psychotiques.

C'est à Schmeideberg, en 1959, que l'on doit une des premières synthèses — sinon la première — consacrées aux cas-limites. Pour elle, l'état limite constitue « une entité clinique limitrophe 1° à la normalité, 2° aux névroses, 3° aux psychoses psychogénétiques et 4° à la psychopathie.

Une des raisons pour lesquelles l'état-limite devrait être considéré comme une entité clinique, est que le patient reste substantiellement identique à lui-même tout au long de sa vie. Il est stable dans son instabilité ».

Pour Schmeideberg, chaque aire de la personnalité est affectée chez le cas-limite. C'est ainsi qu'elle évoque le manque profond de sensibilité, l'anhédonie, la susceptibilité, la querulence, les éclats émotionnels et les comportements excessifs destinés à lutter contre le vide intérieur, les conduites asociales ou antisociales, la mégalomanie, l'incapacité à endurer des blessures narcissiques et à se plier aux exigences insignifiantes de la vie, la réussite professionnelle inférieure aux potentialités, l'intolérance à la frustration, les troubles de la pensée, du jugement, le manque de bon sens, le repli, le sadomasochisme, l'anxiété et la dépression profonde.

Gressot (1960) adopte une position très semblable, qu'il explicite comme suit : « Ces cas diffèrent des psychonévroses par la sévérité de l'atteinte du moi, le polymorphisme incoordonné des symptômes, et l'inconsistance des relations d'objets. On pourrait les considérer comme des personnalités psychopathiques, eu égard à leurs aspects caractériels et dissociés. Des psychopathies, ils ne reproduisent toutefois pas la régularité structurale, la pauvreté en symptômes névrotiques, ni l'absence de conscience morbide. Ils ne s'assimilent pas davantage à des schizophrénies, à cause de la persistance de fonctions non psychotiques de défense à double sens ; c'est-à-dire dirigées aussi bien contre l'in-

vasion psychotique que contre la réalité. A cause aussi du caractère transitoire et réversible de leurs manifestations psychotiques. Dans ce cas, on a affaire, semble-t-il, à des processus de psychotisation dont l'usage en cas de besoin, suivi de récession, n'aboutit pas à une psychose constituée ».

L'apanage des cas-limites serait donc « la juxtaposition alternante des réactivités psychotique, névrotique, normale (et parfois psychopathique) ».

Gressot souligne encore la fréquence des traits paranoïaques, des tendances dissociatives, des sentiments de dépersonnalisation.

Il constate : « à l'observation psychanalytique, il émerge simultanément des matériaux appartenant à des couches distantes les unes des autres et non reliées entre elles, par exemple œdipiennes et archaïques (asynclitisme) ».

Gressot accorde une grande importance au sentiment de double réalité : « de par la structure mixte des cas-limites, le développement du sens de la réalité ne va pas, chez eux, avec la mise hors circuit des niveaux antérieurs par les niveaux suivants. Au lieu d'être recouverts les uns par l'organisation des autres, et intégrés, ils subsistent côte à côte, alternativement prédominants selon les variations banales de la tension adaptative. Sous l'effet de conditions anxiogènes, la perception objective est télescopée par un mode de perception fantasmagorique ou magique, mais sans cesser d'avoir cours (au contraire de ce qui adviendrait dans un délire) ».

L'apport de Kernberg (1967) est un des plus considérables et un des plus complets. Kernberg fait d'abord un relevé des éléments qui, dans la pratique, doivent faire penser au diagnostic de cas-limite :

1. l'anxiété chronique, diffuse et flottante ;
2. une névrose polysymptomatique constituée d'au moins deux des symptômes névrotiques suivants :
 - a) les phobies multiples, surtout si elles impliquent des inhibitions sociales sévères et des traits paranoïdes ;
 - b) les symptômes obsessionnels qui ont acquis une egosyntonicité secondaire ;
 - c) les symptômes de conversion multiples, élaborés ou bizarres ;
 - d) les réactions dissociatives et spécialement les états hystériques crépusculaires, les fugues, les amnésies avec fluctuation du niveau de conscience ;
 - e) l'hypocondrie ;
 - f) les traits paranoïdes nets et les traits hypocondriaques bien tranchés mais non secondaires à l'anxiété.

3. Les tendances perverses polymorphes : il s'agit de la coexistence de plusieurs traits pervers qui sont agis ou qui nourrissent des fantasmes. Plus les éléments pervers sont multiples, chaotiques, bizarres, plus les chances que l'on ait affaire à un cas-limite sont grandes.

4. Les structures de personnalité prépsychotiques « classiques » :

- a) la personnalité paranoïde ;
- b) la personnalité schizoïde ;
- c) la personnalité hypomaniaque.

5. Les névroses « impulsives » (impulse neurosis) et les toxicomanies : il s'agit « d'une pathologie sévère du caractère avec irruption chronique répétitive d'une impulsion qui gratifie des besoins instinctuels, d'une manière qui est ego-dystonique en dehors des épisodes d'impulsion mais qui est ego-syntonique et hautement agréable durant l'épisode lui-même ».

6. Les désordres caractériels « de bas niveau » rencontrés surtout chez des personnalités infantiles, narcissiques, as if et nettement antisociales.

Ensuite, Kernberg propose l'analyse structurale de ce type de personnalité et décrit :

1° les manifestations non spécifiques de faiblesse du moi :

- a) manque de tolérance à l'anxiété ;
- b) manque de contrôle des impulsions ;
- c) manque de capacités sublimatoires ;

2° l'émergence des processus primaires de pensée ;

3° les opérations défensives spécifiques : l'intensification et la fixation pathologique des processus de clivage, tant du moi que de l'objet, sont caractéristiques chez les cas-limites. L'agressivité centrifuge et centripète est massive. L'épreuve de réalité est maintenue. L'idéalisation primitive, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévaluation sont les autres mécanismes de même niveau observables chez les cas-limites ;

4° la pathologie des relations d'objet :

— un facteur essentiel est « la nature excessive de l'agressivité primaire ou de l'agressivité secondaires à la frustration » ;

— plutôt que le deuil ou le regret, le cas-limite éprouve une rage impuissante ou le sentiment d'être défait par des forces externes ;

— le superego reste menaçant, sadique et non intégré. Des images irréalistes de soi persistent dans l'ego ; elles sont extrêmement contradictoires et le concept d'un soi intégré ne peut se développer ;

— les cas-limites ont de faibles capacités d'empathie avec autrui ;

— une autre caractéristique de ces patients est l'expression plus ou moins crue de leurs traits pré-génitaux et génitaux, traits qui sont très fortement infiltrés par l'agressivité ;

— la diffusion de l'identité serait typique.

Dans une perspective génétique et dynamique, Kernberg insiste sur la fréquence des frustrations extrêmes et de l'agressivité intense durant les premières années de la vie. Les images parentales sont peu différenciées ; elles sont fondues en une seule et dangereuse image père-mère.

Il y aurait développement prématuré des désirs œdipiens et condensation pathologique des traits pré-génitaux sous l'influence prévalente de besoins agressifs.

Notons que certaines affirmations de Kernberg viennent d'être tout récemment critiquées par Chrzanowski (1975)

Grinker, Werble et Drye (1968) abordent l'étude des cas-limites de manière très différente : ils pensent que les fonctions du moi se manifestent dans des comportements. Or, les comportements sont observables et quantifiables. Il suffit donc de définir ces fonctions et de reconnaître, d'observer et d'évaluer les comportements qui les expriment pour obtenir une appréciation objective du moi. Les auteurs ont établi une échelle ordinale en 10 points permettant d'évaluer 93 variables. Celles-ci se groupent en 4 catégories : les comportements, les perceptions, les messages, les affects et les défenses. Les résultats ainsi recueillis auprès de 51 sujets ont été soumis à l'analyse statistique. Il en ressort que le syndrome limite possède une bonne consistance interne et se présente sous quatre formes :

I. les états-limites proches de la psychose caractérisés par les comportements inappropriés, négatifs et les affects hostiles à l'égard d'autrui. Le sens de l'identité propre et le sens du réel sont déficients. La dépression est fréquente ;

II. le syndrome-limite « de base » caractérisé par l'inconsistance de l'implication dans les relations à autrui, par les expressions ouvertes ou agies de l'agressivité, par la dépression et par l'absence d'une identité personnelle établie ;

III. les personnalités « as if » présentent un comportement adaptatif et approprié, des relations complémentaires, peu d'affect ou de spontanéité, des défenses par le repli et l'intellectualisation ;

IV. les états-limites voisins de la névrose, caractérisés par la dépression anaclitique, par l'anxiété et par une ressemblance généralement étroite avec les névroses de caractère narcissique.

En outre, il existe 4 facteurs généraux :

1° la colère semble constituer le principal ou le seul affect dont les cas-limites ont l'expérience ;

2° le défaut dans les relations affectives : elles sont anaclitiques, dépendantes ou complémentaires mais rarement réciproques ;

3° l'absence d'une identité personnelle consistante ;

4° la dépression sans culpabilité ni remords mais davantage liée au sentiment de solitude (sauf dans le groupe IV où la dépression est plus anaclitique).

Au-delà du travail descriptif, Grinker, Werble et Drye se penchent sur l'étiologie de ce syndrome et aboutissent à un constat d'ignorance : on ne possède pas à l'heure actuelle d'informations suffisantes pour comprendre la genèse du syndrome limite. Pour les auteurs, les explications psychanalytiques sont trop spéculatives. Ils pensent toutefois qu'un indice sérieux est fourni par l'étude expérimentale des carences précoces.

Dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale, Bergeret (1970) expose un point de vue beaucoup plus théorique : entre les structures névrotique

et psychotique, il propose de reconnaître une troisième lignée psychopathologique. « Le propre de l'état-limite est de se présenter du point de vue symptomatologique et extérieur comme intermédiaire entre névrose et psychose : sans symptômes névrotiques nets et sans décompensation psychotique franche ». L'angoisse d'abandon (et à cet égard, on peut signaler le travail de Leclair qui propose de faire du syndrome d'abandon une forme clinique des états-limites), la dépression anaclitique et la pathologie du narcissisme sont caractéristiques.

En plus des éléments théoriques et cliniques, il convient de rappeler l'apport des examens psychologiques. Sur ce plan, il est généralement admis (mais insuffisamment vérifié, à notre avis) qu'il existe un décalage entre les performances adéquates réalisées aux tests bien structurés (les épreuves intellectuelles) et la production plus bizarre recueillie grâce aux méthodes projectives. Par ailleurs, il n'existe guère de travaux portant précisément sur le Rorschach des cas-limites. En fonction du cadre nosographique choisi, des recherches portent sur des groupes qui comptent sans doute une proportion non négligeable de cas-limites mais aussi d'autres patients. C'est le cas des publications de Zucker, de Mercer et Wright, de Forer sur la psychose latente, de Fisher sur l'« ambulatory schizophrenia », de Weingarten et Korn, de Favale et al. sur la schizophrénie pseudonévrotique, de Timsit et al. et de Carraz et Groscaude sur l'héboïdophrénie.

En dépit de cela, beaucoup d'auteurs, cliniciens et théoriciens, considèrent l'apport des techniques psychologiques comme utile et parfois essentiel. En effet, que ce soit afin de saisir l'émergence des processus primaires de pensée ou afin d'étudier plus directement les contenus de la vie mentale et les particularités de son organisation, il semble que les techniques projectives ont un rôle privilégié à jouer, rôle d'autant plus important que les cas-limites sont déconcertants et que leur symptomatologie est complexe.

Compte tenu du polymorphisme de ces cas et de leur répartition en plusieurs sous-groupes, il serait naïf d'espérer découvrir au Rorschach un syndrome unique, toujours évocateur, universel.

Toutefois, lors de l'étude de 25 protocoles de cas-limites, nous avons pu mettre en évidence quelques particularités intéressantes. Ainsi certains indices surviennent dans plus de 80 % des 25 protocoles étudiés : le F % est compris entre 40 % et 65 %, le F+ % est supérieur à 60 %, il y a au moins une kinesthésie, une CF, une réponse humaine, le A % est inférieur à 50 et les banalités III, V et VIII sont données ; le type de résonance intime est extratensif. A côté de ces facteurs assez généraux, on notera la fréquence élevée des réponses concernant la reproduction (dans plus de 70 % des protocoles), des réponses sexe, sang et abstraction (dans plus d'un protocole sur deux). Les réponses préhistoire, naissance et fœtus sont respectivement, deux fois, six fois et neuf fois plus

fréquentes que dans une population consultante non sélectionnée (250 sujets). Enfin les réponses franchement schizophréniques manquent et les refus sont rares; ces derniers se concentrent à la pl. II.

L'analyse des données permet d'aborder les principales fonctions psychiques.

La pensée.

D'une part, on relève les indices d'une pensée libre, originale, peu soumise aux contraintes de la logique, de la raison (F %, A %, D % bas; réponses originales, bizarres, abstraites, fabulées; commentaires fantaisistes).

D'autre part, la perception reste précise; le sens commun ne manque pas et le réel est pris en ligne de compte (F+ % moyen ou supérieur; présence des principales banalités; nombre normal de banalités).

L'affectivité.

L'affectivité est extratensive, labile, impulsive et immature. Les tentatives de contrôle sont médiocres: quelquefois l'inhibition l'emporte (R bas, peu de G, répression, F+ % élevé), mais le plus souvent l'impulsivité s'impose (F % bas, peu de K avec davantage de kan, kp, kob; peu de FC; plus de couleur que d'estompage) et les émotions demeurent massives, non élaborées (C, E, clob).

L'angoisse.

Dans la plupart des cas, l'angoisse est forte et favorise l'expression, la production imaginaire (contenus fantastiques, terrifiants; réponses chargées d'affects pénibles), même si elle déclenche des blocages momentanés (chocs, Do). Le tableau classique de l'appauvrissement par l'angoisse (R et G % bas, coartation, refus, allongement du temps par réponse) semble tout à fait exceptionnel.

L'agressivité.

L'agressivité semble importante et s'exprime par des réponses sang, par des thèmes de mutilation, de castration, par des scènes de compétition ou de combat. Elle est souvent associée à un trouble émotionnel considérable et peut être frappée, de façon plus ou moins durable, par des inhibitions (choc au rouge, refus concentrés à la pl. II).

On la trouve sous la forme de l'hostilité la plus primitive venant de soi, ou projetée sur le monde devenu ainsi persécuteur; elle est attachée à des représentations terrifiantes, magiques et fait courir des risques de destruction totale, d'annihilation.

Elle participe aussi au sadisme présent à tous les stades du développement et en particulier au sadisme oral. Selon son origine interne ou externe, celui-ci conduit à la mise en pièces des objets d'attachement, à la lacération de l'enveloppe corporelle par des dents, des griffes, des aspérités diverses.

Enfin, l'agressivité infiltre la sexualité et lui donne une allure perverse.

La sexualité.

Les représentations sexuelles ou bien sont très concrètes, peu ou pas censurées, ou bien demeurent archaïques. Le phallus reste souvent un objet magique, sacralisé, signe de la domination plutôt que de la puissance sexuelle. Les images sexuelles féminines, quand elles ne sont pas crûment assimilées à des blessures ou à des instruments susceptibles de les provoquer, renvoient surtout à la régression fusionnelle.

La procréation, la reproduction de la vie sont très préoccupantes (ces thèmes sont présents dans plus de 70 % des protocoles) et l'emportent sur la sexualité à proprement parler.

Les relations.

Les relations interpersonnelles telles qu'elles peuvent être appréciées au Rorschach présentent certaines caractéristiques:

1. de prime abord, le contact existe; il est même aisé et les images humaines sont souvent assez élaborées;

2. au-delà de ce niveau, les êtres (et leurs tendances) sont doubles, contradictoires, conformes en cela aux règles du clivage;

3. ils sont aussi omnipotents;

4. de tels personnages suscitent

a) d'intenses désirs

— de rapprochement pouvant aller jusqu'à la fusion;

— d'agression;

b) des sentiments très vifs

— de menace;

— de protection.

Le fait central de la relation aux images maternelles est l'importance accordée à la maîtrise de la distance (à l'intérieur de, soudé, lié, naissance, entrer dans, sortir de...); distance insuffisante ou excessive, dont les variations illustrent la lutte «entre la perte de l'objet dans le retrait autistique et la perte de soi dans la fusion symbiotique avec l'objet» (Ekstein et Caruth).

Les images paternelles se caractérisent surtout par leur puissance menaçante, écrasante, dangereuse, et par leur contact rugueux. Leur bon niveau d'élaboration n'est quelquefois qu'une façade dissimulant une image beaucoup plus archaïque et indifférenciée; image qui semble trahir la persistance d'une indistinction entre parents, d'une confusion entre les sexes et d'une prééminence des fonctions génitrices maternelles.

Conclusions à propos du RORSCHACH

Le matériel recueilli au moyen du Rorschach dans un groupe de cas-limites est assez particulier. Il ne peut être assimilé à aucun syndrome déjà décrit et s'accorde bien avec la théorie et la clinique.

Son utilité diagnostique est confirmée.

De surcroît, selon les travaux de Timsit, Donnay-Richelle et d'autres liégeois, le Rorschach permettrait d'identifier les personnalités non

franchement pathologiques, organisées selon la structure des cas-limites.

3. Synthèse et conclusions.

Après ce tour d'horizon et en guise de synthèse critique, on peut se référer, pour l'essentiel, au travail de Gunderson et Singer.

Ces auteurs pensent que quatre variables méthodologiques influencent les descriptions qui ont été faites des cas-limites :

1° qui les décrit ? (un psychothérapeute ? un psychologue ? un behavioriste ? un psychiatre ?);

2° la méthode utilisée pour rassembler les données descriptives (entretiens, test, observation...);

3° le contexte dans lequel les patients sont observés;

4° la manière dont les échantillons sont sélectionnés.

Au travers de la littérature, le « portrait-robot » des cas-limites s'établit comme suit :

— « l'état affectif des cas-limites est caractérisé par la prévalence de l'agressivité et de la dépression auxquelles s'ajoutent l'anxiété et l'anhédonie. Cela ne signifie pas que leur vie affective soit monotone, car ils éprouvent des affects intenses et variables sans, pour autant, faire l'expérience du plaisir ».

A ce propos, A. Demaret fait fort justement remarquer que l'agressivité, bien que sans doute essentielle, ne se manifeste pas nécessairement dans le contact, ni même dans la vie courante de ces patients. Il ne s'agit pas toujours de sujets violents, irritables comme peuvent l'être, par exemple, certains psychopathes. Dans une certaine mesure, leur agressivité demeure plus sur un plan psychique que comportemental ;

— « la stabilité professionnelle ou le conformisme social superficiel ne doivent pas aveugler le clinicien ; il lui faut investiguer d'autres domaines où il pourra souvent découvrir des impulsions sexuelles, des toxicomanies ou d'autres activités dont les résultats sont autodestructeurs, dégradants même si l'intention ou le but du patient n'est pas de s'abîmer ».

A cela, nous ajouterons cependant que 5 des 25 sujets étudiés à Liège, en 1968-1969 sont morts. Quatre d'entre eux se sont suicidés. Tous présentaient au Rorschach un $F\% > 60\%$ et un $K \leq 1$ (sans coartation associée).

— l'évolution vers une psychose constituée est peu probable. Par contre, on reconnaît la possibilité chez certains cas-limites « de développer une psychose face à des situations très stressantes. Lorsqu'elle survient, cette psychose est caractérisée par des symptômes limités et une durée limitée » ;

— l'épreuve de réalité présente un trouble défini — moins grave que dans la psychose — et non apparent sous certaines circonstances. La difficulté d'évaluer un tel processus est soulignée ;

— « dans leurs relations de tous les jours, les cas-limites entretiennent des relations passablement normales mais superficielles et éphémères, tandis que dans leurs relations plus intimes ils deviennent exigeants, dépendants et manipulateurs ».

Gunderson et Singer, après avoir fait le tour de la littérature et extrait les faits les plus constants, estiment qu'il y a des critères rationnels et utilisables dans la pratique clinique permettant de poser le diagnostic de cas-limite. En résumé, les critères sont :

1° la présence d'affects intenses, habituellement hostiles ou dépressifs ;

2° une histoire de comportements impulsifs ;

3° une adaptation sociale superficielle ;

4° de brefs épisodes psychotiques vécus ou ressentis comme possibles ;

5° les performances aux tests psychologiques variant en fonction de la structure de ces tests ;

6° les relations interpersonnelles tantôt éphémères, superficielles et tantôt massives, dépendantes, marquées par l'avidité, la dévaluation et la manipulation.

Les faits ici rassemblés n'ont évidemment rien d'original. Ils présentent toutefois l'avantage d'être exprimés en termes plus objectifs, plus dégagés des étiquettes traditionnelles. Leur réunion donne un éclairage plus net à la démarche diagnostique et nous pensons pouvoir accepter ces critères qui condensent l'essentiel.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGERET (J.). — Les états-limites. *Encyclopéd. méd.-chir., Psychiatrie*, 9, 37395A10 (12 pages), 1970.
- BLEULER (E.). — *Lehrbuch der Psychiatrie. Fünfte stark umgearbeitete Auflage*. Berlin, Julius Springer, 1930.
- CARRAZ (Y.), GROSCLAUDE (M.). — Le profil psychologique de l'héboïdophrène. *Ann méd.-psychol.*, 127, I, 409-418 (1969).
- CATTELL (J.P.). — A psychodynamic view of pseudoneurotic schizophrenia, in P. HOCH and J. ZUBIN. *Psychopathology of schizophrenia*, New-York, London, 1966.
- CHAZAUD (J.). — Vues sur l'héboïdophrénie. *Encéphale*, 53, 671-685 (1964).
- CHRZANOWSKI (G.). — Recent advances in concepts and treatment of borderline cases, in S. ARIETI and G. CHRZANOWSKI. *New Dimensions in psychiatry*. New-York, Wiley and Sons, 1975, pp. 146-159.
- CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX^e session, Genève-Lausanne, 1926, Paris, Masson, 1926.
- EISENSTEIN (V.W.). — Psychothérapie différentielle des états limites, in G. BYCHOWSKI et J.L. DESPERT. *Techniques spécialisées de la psychothérapie*. Paris, PUF, 1958.
- EKSTEIN (R.), CARUTH (E.). — Distancing and distance devices in childhood schizophrenia and borderline states: revised concepts and new directions in research, *Psychological Reports*, 20, 109-110 (1967).
- ENGEL (M.). — Psychological test of borderline psychotic children. *Arch. gen. Psychiat.* 8, 426-434 (1963).
- EY (H.), BERNARD (P.), BRISSET (C.). — *Manuel de psychiatrie*. Paris, Masson, 1960.
- FAST (I.). — Multiple identities in borderline personality organisation. *Brit. J. med. Psychol.*, 47, 291-300 (1974).
- FAVALE (E.), GIBERTI (F.), ROCCATAGLIATA (G.). — Il reattivo di Rorschach nella c.d. schizophrenia pseudoneurotica. *Sist. nerv.*, 13, 368-377 (1961).
- FEDERN (P.). — *Ego psychology and the psychoses*, London, Imago, 1953.
- FENICHEL (O.). — *La théorie psychanalytique des névroses*. II, Paris, PUF, 1953.
- FISHER (S.). — Some observations suggested by the Rorschach test concerning the « ambulatory schizophrenia ». *Psychiat. Quart. suppl.*, 29, 81-89 (1955).
- FORER (B.R.). — The latency of latent schizophrenia. *J. project. Techn.*, 14, 297-302 (1950).
- GRESSOT (M.). — L'idée de composante psychotique dans les cas-limites accessibles à la psychothérapie. *Encéphale*, 49, 290-304 (1960).
- GRINKER (R.R.), WERBLE (B.), DRYE (R.C.). — *The borderline syndrome*. New York-London, Basic books, 1968.
- GUNDERSON (J.G.), SINGER (M.T.). — Defining borderline patients: an overview. *Amer. J. Psychiat.* 132, 1-10 (1975).
- HOCH (P.H.), CATTELL (J.P.). — The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia, *Psychiat., Quart.*, 33, 17-43 (1959).
- HOCH (P.H.), CATTELL (J.P.), STRAHL (M.O.), H. PENNES (H.H.). — The course of outcome of pseudoneurotic schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 119, 106-115 (1962).
- HOCH (P.), POLATIN (P.). — Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23, 248-276 (1949).
- KERNBERG (O.). — Borderline personality organization. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 15, 641-685 (1967).
- KNIGHT (R.P.). — Borderline states. *Bul. Menninger Clin.*, 17, 1-12 (1953).
- KUTASH (S.B.). — Ambulatory (borderline) schizophrenia: psychodiagnostics and implications from psychological data. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 27, 667-676 (1957).
- LECLAIRE (M.). — Le syndrome d'abandon : approche clinique et testologique (Rorschach, MMPI) et ses rapports avec les états limites. Rennes, Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie, 1975.
- LITTLE (M.). — Transference in borderline states. *Int. J. Psychoanal.*, 47, 476-485 (1966).
- McCULLY (R.S.). — Certain theoretical considerations in relation to borderline schizophrenia and the Rorschach, *J. project. Techn.*, 26, 404-418 (1962).
- MERCER (M.), WRIGHT (S.C.). — Case studies. Diagnostic testing in a case of latent schizophrenia. *J. project. Techn.*, 14, 287-296 (1950).
- MORMONT (C.). — Etude du Rorschach dans les cas-limites. *Feuill. psychiat. Liège*, 7, 302-331 (1974).
- PALEM (R.M.). — Les états mixtes et les états transitionnels schizophréniques. Thèse de médecine. Bordeaux, 1958.
- RANGELL (L.). — The borderline case. Panel reports, *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 3, 285-298 (1955).
- SCHMIDEBERG (M.). — The borderline patient in S. ARIETI, *American Handbook of psychiatry*, New York, Basic Books, 1959.
- SCHMITZ (B.). — Les états limites : introduction pour une discussion. *Rev. franç. Psychanal.* 31, 245-266 (1967).
- SHAPIRO (D.). — Special problems of testing borderline Psychotics. *J. project. Tech.* 18, 387-394 (1954).
- STERN (A.). — Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanal. Quart.*, 11, 301-321 (1942), 7, 467-489 (1958)
- TIMSIT (M.). — Les « Etats-Limites ». Evolutions des concepts. *Evolut. Psychiat.*, 36, 679-724 (1971).
- TIMSIT (M. et M.), SAOULI (A.), BENOUINICHE (S.), MULLER (L.). Le test de Rorschach dans l'héboïdophrénie (à propos de 6 observations), à paraître dans les actes du VI^e Congrès International de Rorschach. Paris, 1965.
- WEINER (I.B.). — *Psychodiagnosis in schizophrenia*. New-York-London-Sydney, J. Wiley, 1966.
- WEINGARTEN (L.L.), KORN (S.). — Pseudoneurotic schizophrenia. Psychological findings. *Arch. gen. Psychiat.*, 17, 448-453 (1967).
- WOLBERG (A.R.). — The « borderline » patient. *Amer. J. Psychother.*, 6, 694-710 (1952).
- ZUCKER (L.). — The psychology of latent schizophrenia. Based on Rorschach studies. *Amer. J. Psychother.*, 6, 44-62 (1952).

