

## Les états limites

## Evolution du concept d'état limite :

L'étude des maladies mentales s'est sensiblement modifiée depuis le début du siècle : la psychiatrie, essentiellement descriptive et presque exclusivement asilaire a fait place à une clinique fondée sur une approche phénoménologique, psychodynamique ou behavioriste, dont le champ ne cessait de s'étendre hors des murs des institutions, au fur et à mesure des progrès de sa « désaliénation ». Il n'est donc pas surprenant qu'au cours des étapes successives du dégagement du concept des états limites, les sujets que nous aurions tendance à ranger aujourd'hui dans ce cadre, aient été amalgamés aux patients qui fondaient « la pratique » psychiatrique du moment.

Ils ont pu être ainsi, tour à tour et au gré des circonstances, considérés tantôt comme des malades atteints de démence précoce, ou de schizophrénies « atypiques », tantôt comme des déséquilibrés graves, tantôt comme des névrosés « marginaux » dont le traitement ne répondait pas aux règles de la cure analytique.

Jusqu'à ces derniers temps, dans la littérature psychiatrique de langue française, ce terme d'état limite a été peu utilisé, et quand il l'était, il recouvrait des concepts vagues. Il n'était jamais défini avec la rigueur des termes auxquels les praticiens recourent pour étiqueter les catégories habituelles, puisque aussi bien il tirait son nom d'une caractéristique formelle de l'activité de classement, et non de particularités cliniques ou étiopathogéniques quelconques. Cette imprécision des concepts rend compte de la grande difficulté où l'on se trouve à rassembler la littérature concernant ce sujet. Néanmoins, par-delà les appellations différentes, les descriptions cliniques brossent, d'une étude à l'autre, des tableaux d'une ressemblance frappante, de telle sorte que l'on a l'impression qu'il existe, indiscutablement, plus qu'une simple parenté entre les patients qui ont servi de modèles, une véritable entité clinique, et que l'on a effectivement affaire à un cadre qui a survécu aux vicissitudes des théories explicatives. Ces tableaux, que nous serions ainsi tenté de ranger dans cette catégorie des états limites, ont donc toujours existé, même s'ils n'ont pas toujours eu droit de cité.

Il est intéressant, à cet égard, de relever qu'au début du siècle déjà, au moment où s'était fait sentir la nécessité d'une nosologie psychiatrique précise, les auteurs, sur l'œuvre desquels se fondent encore nos classifications, KRAEPELIN et BLEULER, aient cru bon, tous deux, de récuser l'existence de cette forme « particulière » et relativement marginale que représentait l'héboïdophrénie de Kahlbaum. C'est sans doute pour s'élever contre ce rigorisme jugé excessif, et non conforme aux faits, que les travaux des psychanalystes ont tendu, surtout dans les pays anglo-saxons, à valoriser les cas d'espèce et à rejeter toute tentative de classification nosologique. En fait, si l'on veut concevoir la psychiatrie comme une science, on doit admettre qu'elle repose sur un minimum de classification. GRINKER [2] fait justement remarquer qu'il n'en peut exister de valable sans une modification des vieilles conceptions et des vieilles descriptions. La psychiatrie a besoin d'une vue qui procède des théories modernes concernant les méthodes d'approche, les mécanismes explicatifs et la quantification des données cliniques par l'analyse statistique. Il en est de la psychiatrie comme de toute science. Elle doit, pour se fonder, figer la réalité clinique qui constitue son domaine d'étude dans un cadre déterminé, que les progrès des sciences connexes et des méthodes d'investigation, mais aussi vraisemblablement les changements intervenus dans le champ même de sa pratique du fait du bouleversement des données socio-culturelles, contribuent à rendre caduc. Devant l'inadéquation d'une forme conceptuelle ancienne et désormais périmée, et d'un contenu nouveau, il est tentant de conclure à la vanité de tout effort de classification et de se satisfaire d'une étude psychodynamique de chaque cas pris en particulier. L'ensemble des travaux concernant les états limites montre qu'il n'est pas impossible de dépasser cette contradiction.

## Les premières descriptions d'états limites :

Ce terme d'état limite a été utilisé très tôt dans la littérature anglo-saxonne, puisqu'on le trouve en 1884 dans les descriptions de HUGUES [3] : « l'état frontière (border line) de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ». ROSSE [7] en reprenait la définition en 1890 en admettant que cet état « border land » requiert l'existence d'obsessions sévères, de compulsions, de phobies, d'hystérie et de neurasthénie. Sans doute n'est-ce pas l'effet du hasard que ce concept ait pu prendre naissance dans la psychiatrie anglo-saxonne, puisqu'elle échappait en partie à la tutelle que les magistrats synthèses, nécessaires, mais rigides, de MAGNAN et de KRAEPELIN, faisaient peser sur les écoles française et allemande.

En fait, bien avant EISENSTEIN (1949), c'est à STERN (1938) [8] que l'on doit d'avoir remis ce terme à l'honneur, après une longue période d'oubli. Il y avait été conduit à partir d'une « pratique » psychothérapique, et devant le nombre croissant de patients qui, n'entrant ni dans le groupe des névrosés,

ni dans celui des psychotiques, ne posaient pas non plus l'indication d'une thérapie psychanalytique. Il constatait que leurs sentiments d'insécurité développaient chez eux une anxiété intense devant toute désapprobation, ce qui ne manquait pas d'interférer avec la conduite du traitement psychothérapique, dans la mesure où les interprétations pouvaient automatiquement être considérées comme autant de critiques. Il mettait en évidence la sévérité de la blessure narcissique, consécutive à des carences affectives maternelles et les manifestations qui en résultaient (hypersensibilité, défaillance dans l'estime de soi, rigidité de la personnalité conçue comme une défense contre l'angoisse, hyperesthésie). Il exprimait ainsi sa pensée : « un certain flou est à présent inévitable, parce que le matériel que ce groupe offre à étudier débouche nettement dans deux directions précises : vers le pôle psychotique et vers le pôle névrotique. Beaucoup de temps et d'investigations seront nécessaires pour évaluer le phénomène plutôt obscur que ces patients représentent. Qu'ils forment un groupe par eux-mêmes, que nous pouvons désigner comme « border line » est une hypothèse parfaitement justifiée ». WOLBERG (1952) [9] est l'un des premiers auteurs à distinguer radicalement les états limites des sujets psychotiques, même si l'on retrouve chez eux la trace d'épisodes psychotiques temporaires. Il avance l'hypothèse que leur comportement et leurs sentiments se reproduisent selon un cycle répétitif d'allure sado-masochiste. Il en décrit très finement la séquence à travers une série de traits qui lui paraissent s'articuler les uns avec les autres :

- 1) Leur relation d'objet, qui lui paraît répéter une relation parents-enfants, dans laquelle le sujet cherche tantôt à contrôler l'autre, tantôt à être contrôlé, à exploiter ou à être exploité.
- 2) Une ambivalence, également marquée par leur désir d'être « un bon enfant » assorti de sentiments négativistes et d'un refus d'obéissance.
- 3) Le caractère insatiable de leurs besoins constants de considérations particulières et de récompenses.
- 4) Leur hyperesthésie aux remarques et au comportement d'autrui (ce qui leur confère un caractère « sensitif »).
- 5) Le recours aux fantasmes, comme seule possibilité de satisfaire un désir d'élévation, corrélé à une crainte particulière de leurs velléités agressives à l'égard des autres. Ainsi, d'une façon masochiste, le patient est conduit à nier les valeurs qu'il pourrait découvrir en lui, comme si cette reconnaissance constituait un acte d'hostilité destructive envers autrui.
- 6) Les sentiments de manque, d'échec, de solitude, de vide, liés à une angoisse d'abandon.
- 7) Des réactions hostiles, avec un profond sentiment de culpabilité et dont certaines sont exprimées sur un mode somatique, tandis que d'autres entraînent un recours aux drogues et à l'alcool.
- 8) Des conduites d'auto-punition.
- 9) En fin de compte, un accroissement de l'angoisse et de la dépression.

Pour WOLBERG, l'état limite passe en définitive avec succès l'épreuve de la réalité, mais ce n'est pas sans difficulté qu'il parvient à maintenir une adaptation satisfaisante, précisément en raison de son angoisse de séparation et de son agressivité. Si, dans ces conditions, on doit le distinguer du sujet névrosé, c'est en fonction de son incapacité à structurer une défense stable et cohérente et à sa tendance constante à passer d'un mécanisme à l'autre.

## Etudes récentes sur les états limites dans la littérature anglo-saxonne :

MODELL (1963) [4] a une formule heureuse pour situer le dilemme de l'état limite. C'est celui du « pore-épice » : « dormir assez près de ses congénères pour prendre, au contact de leurs corps, la chaleur dont il a besoin, tout en maintenant cependant une distance suffisante qui lui évite d'être percé de leurs piquants ». Comme bien d'autres auteurs, il pense que l'état limite renvoie à un diagnostic de *structure*, plutôt qu'à un syndrome avec ses symptômes spécifiques. Parmi les traits qui lui paraissent caractéristiques de cette structure, il range : 1) Des désordres subtils dans le sentiment de la réalité. 2) Un trouble de l'identité. 3) Des relations basées sur une identification primaire plutôt que sur l'amour, avec une identité empruntée au partenaire (ce qui n'est pas sans nous évoquer les tableaux « As if » décrits par Hélène DEUTSCH). 4) Des fantasmes de destruction primitifs. 5) Des régressions temporaires et limitées. 6) Le désir d'avoir des protecteurs omnipotents et une énorme dépendance à l'égard des objets externes, mais en même temps une peur intense du « rapproché ».

Néanmoins, pour MODELL, l'état limite comporte des aspects positifs, dans ce sens qu'il est relativement stable, et ne conduit pas à des destructions schizophréniques manifestes. D'autre part, bien que leurs relations d'objet soient primitives, les états limites sont encore en mesure de maintenir certaines attaches avec les personnes de leur entourage. L'état limite est un exemple de développement consécutif à une déficience de la relation maternelle, mais la cause de la répression précoce de larges secteurs des ressources affectives n'est pas aisée à déterminer. MODELL souligne que ses patients proviennent souvent de milieu de niveau socio-culturel relativement élevé et que leurs parents sont intelligents, instruits et évolués.

a	d
b	e
c	f

RÉFÉRENCES :  
La mention  
« page 4, e »  
signifie :  
Voyez page 4 du  
fascicule, milieu  
de la 2<sup>e</sup> colonne

Pour PARKIN (1966) [6], également, l'état limite est un état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose. Comme, pour lui, il conduit rarement à la schizophrénie, il ne peut être considéré comme un état pré-psychotique, une schizophrénie latente ou une schizophrénie pseudo-névrotique. Cet auteur souligne que, s'il est vrai que certains schizophrènes en rémission peuvent ressembler à des états limites, ces derniers se distinguent néanmoins d'eux, car ils n'ont pas été ou ne sont pas en mesure de devenir des schizophrènes. Comme MODEL et d'autres auteurs, il insiste sur le fait que les traits caractéristiques de l'état limite ne sont pas des symptômes. Il y manque assurément les plus évidents des signes psychotiques : délire, désorganisation ou régression très profonde, élation maniaque ou dépression mélancolique. Bien qu'il soit souvent méfiant, soupçonneux et récriminateur, il n'a pas de véritable symptôme paranoïaque et il ne présente pas davantage la symptomatologie achevée de l'hystérique ou de l'obsédé.

#### Contribution de la clinique psychiatrique française :

Toujours dans cette perspective du dégagement des concepts des états limites, et bien qu'elle s'inscrive dans un courant d'idées assez différent, on ne peut manquer de mentionner la thèse que PALEM a consacrée aux « états mixtes et états transitionnels schizophréniques » (1958) [5]. Les prémises de cette étude avaient déjà été posées par les travaux de DELMAS-MARSALET et ses collaborateurs sur les formes pseudoschizophréniques de la psychasthénie (1949) [1]. Pour PALEM, le problème est de savoir si « l'on ne peut pas être névrosé si l'on est schizophrène et schizophrène si l'on est névrosé ». Il précise que la clinique psychiatrique nous montre qu'existent, apparemment, des états mixtes et des états transitionnels schizo-névrotiques : nous ne pouvons plus de bonne foi promettre au névropathe nosophobe qu'il ne deviendra jamais « fou ». Après un rappel historique qui l'amène à considérer le rapport qui unit la schizophrénie, la psychasthénie, l'hypocondrie, l'hystérie et les névroses de caractère, il situe les états schizo-névrotiques en clinique psychiatrique en tant que syndrome ayant une relative autonomie et une certaine individualité du fait de leur spécificité et de la constance des caractères sémiologiques et évolutifs. Commentant le cas fort illustratif qu'il présente, celui de Giovanna ou « la casuistique d'un pronostic impossible », il met en valeur, dans son approche de ces états schizo-névrotiques, synonymes pour lui des formes pseudonévrotiques de Hoch-Polatin, la constitution schizoïde, les épisodes psychopathologiques qui émaillent l'évolution du cas — notamment deux accès qui correspondraient aux « schizomanies » — et l'intensité du transfert, dont il souligne qu'il est également relevé dans les états limites par d'autres auteurs. Mais surtout, ce qui lui paraît essentiel tient à deux caractères : 1) Leur organisation psychosexuelle polymorphe. 2) La « transparence de leur inconscient », ce qui l'amène à noter que l'état de fait d'un inconscient « à fleur de peau »... a facilité, avec l'aide d'un transfert assez vif, la tâche que nous avons menée à bien pendant 5 mois d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique... ».

Il envisage, à titre d'hypothèse psychopathologique, l'utilisation, comme moyen de défense, des latences schizoïdes, mais aussi « une névrotisation tardive d'un état prépsychotique quiescent », névrotisation bénéfique, sous forme de défense obsessionnelle. Dans sa conclusion, il émet l'opinion que le schizo-névrosé « dans la mesure où coexistent en lui l'insécurité d'être et l'impossibilité d'être », réalise « une malinsertion moindre que le pur schizophrène » plus profonde que le pur névrosé, et par les défenses névrotiques qui le gardent pour un temps de la désagrégation, en même temps qu'elles lui rendent plus suppliciant le vertige de la régression, se trouve « renvoyé de l'un à l'autre terme de cette alternative du Charybde d'un abord objectal angoissant, en un Scylla d'un néant objectal également angoissant » (NACHT et RACAMIER).

#### Un essai de synthèse : le syndrome Border-Line - Etude comportementale des fonctions du moi [2] :

Ce livre représente sans conteste l'étude la plus achevée et la plus rigoureuse que l'on ait pu réaliser jusqu'ici sur les états limites. Son but est de définir clairement l'entité psychiatrique qu'il représente, et ce faisant, de contribuer à la réhabilitation de la nosologie psychiatrique sérieusement compromise, selon l'opinion des auteurs, par une masse de travaux psychanalytiques, auxquels ils reprochent leur manque de rigueur et leur caractère essentiellement théorique, bien qu'ils leur reconnaissent le mérite d'avoir permis le dégagement de modèles. Ainsi, reconnaissent-ils que l'état limite n'est pas une régression qui interviendrait comme une réaction à des conditions de stress internes ou externes, mais bien un syndrome spécifique avec un degré considérable de stabilité et de consistance interne. Il représente effectivement un syndrome caractéristique d'un arrêt de développement des fonctions du Moi, et il est une combinaison de troubles psychotiques, névrotiques et caractériels, avec en outre beaucoup d'éléments normaux ou sains. Bien que ces symptômes soient instables, le syndrome lui-même, en tant que processus, est reconnu comme stable dans une sorte d'« instabilité stable ».

Le but de leurs recherches, menées à l'Institut psychiatrique de l'Etat d'Illinois (I.S.P.I.), à Chicago, était de répondre à 3 questions : en premier lieu « qu'est-ce qu'un état limite ? » et accessoirement « comment devient-on un état limite ? », et « pourquoi le devient-on ? ». Leur étude constitue un modèle sur le plan méthodologique et vise au dégagement d'une structure parfaitement définie. Partant de l'hypothèse que les fonctions du Moi, isolées sur la base des théories psychanalytiques, peuvent être appréhendées à partir du comportement du patient, les auteurs les redéfinissent en variables comportementales qu'ils s'emploient à recueillir ensuite, à l'aide d'un système de codage. Le traitement statistique des données ainsi recueillies leur permet, par une analyse multifactorielle, de dégager, de leur ensemble d'états limites, quatre groupes distincts les uns des autres. Les patients étudiés avaient été préalablement choisis sur la base des traits positifs et négatifs qu'il est classique d'attribuer aux états limites. Les 51 sujets retenus pour cette étude étaient des adultes jeunes, dont le caractère essentiel était de n'être point des schizophrènes, et qui avaient la particularité de multiplier les hospitalisations de brève durée, en gardant dans l'intervalle des fonctions psychiques satisfaisantes. L'on notait encore chez eux la bonne qualité du contact pendant les entretiens, la possibilité d'échanges intellectuels, l'intégrité des fonctions cognitives et l'absence de délire systématisé ou de système paranoïaque; étaient exclus de cette étude les sujets qui souffraient de maladie dégénérative ou avaient eu des troubles de mémoire manifestes après électrochocs.

Les auteurs ont été ainsi en mesure de répondre de manière satisfaisante à la première question et de définir, d'une part, les caractéristiques d'ensemble du syndrome et, d'autre part, les traits particuliers à chacun des 4 groupes. Les 4 composantes fondamentales extraites de l'analyse totale des données recueillies à partir de l'étude des fonctions du Moi sont :

- 1) *L'agressivité*, comme principal ou seul affect que l'état limite soit capable d'éprouver.
- 2) *Le trouble dans les relations affectives*, qui sont anaclitiques, dépendantes ou complémentaires, mais rarement réciproques.
- 3) *Un trouble de l'identité*, vraisemblablement en rapport avec la perte des relations affectives.
- 4) *La dépression*, dont la caractéristique est de ne pas être du type mélancoliforme (avec remords, auto-accusation et sentiments de culpabilité), mais plutôt liée à un sentiment de solitude.

Le premier groupe (« état limite psychotique ») est composé de sujets dont la caractéristique est d'avoir des comportements inappropriés, négatifs et agressifs envers les autres. La perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la réalité environnante est déficiente, et si la majorité d'entre eux reste non psychotiques, ils sont proches de la désintégration.

Les patients du deuxième groupe (« noyau de l'état limite ») sont inconsistants et oscillent constamment dans leurs relations avec les autres. Leur caractéristique est d'être à la fois agressifs et déprimés, mais à des moments différents, de telle sorte que l'on peut considérer que leurs passages à l'acte les protègent contre la dépression.

Les sujets du troisième groupe (« *As if* ») sont les seuls à avoir un comportement adapté, mais ils s'épuisent dans la recherche de leur identité, et s'ils n'ont pas les réactions agressives caractéristiques du groupe I, ils attendent passivement des autres une relation de complémentarité, et ont recours, comme défenses, au repli et à l'intellectualisation.

Les sujets du quatrième groupe (« *Etats limites névrotiques* ») ont généralement une ressemblance frappante avec les névroses de caractère narcissiques, et c'est chez eux que l'on peut mettre en évidence la dépression anaclitique en rapport avec leur quête d'une relation symbiotique avec une figure maternelle qu'ils ont perdue.

Si cette méthode d'observation comportementale, étayée par une méthode statistique basée sur l'analyse multifactorielle, a permis de répondre de façon satisfaisante à la première question, qui visait à définir le syndrome et ses sous-groupes, elle laisse en revanche les deux autres sans réponse. Les auteurs constatent, en particulier, qu'il leur est impossible de déterminer l'étiologie du syndrome d'une quelconque manière, en dépit de tout ce que les auteurs précédents ont pu écrire à ce sujet. Aucun des facteurs génétiques, héréditaires, familial ou écologique ne leur paraît spécifique. Tout au plus pensent-ils que les expériences de HARLOW sur les carences affectives maternelles chez les singes pourraient suggérer une analogie. De la même façon, la question de savoir « pourquoi l'on est un état limite ? » à laquelle on pourrait tenter de répondre en abordant le problème dans sa dimension socio-culturelle, reste sans réponse, du moins si l'on s'attache à rester sur un plan exclusivement scientifique et à ne pas chercher des explications d'ordre philosophique.

Au-delà de son intérêt particulier dans son élucidation du syndrome des états limites, ce travail de GRINKER et ses collaborateurs représente une très belle illustration des possibilités qu'offre la transposition de théories psychanalytiques sur le plan comportemental, dans la mesure où elles sont ainsi concevables en termes opérationnels et où elles peuvent servir de base à l'exploration de syndromes cliniques encore mal définis.

(9-1971)

M. TIMSIT

- [1] DELMAS-MARSALET P., LAFON et FAURE. — Sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie. — *Encéphale*, 1942, 35, 1<sup>er</sup> vol., n° 1, 1-12.
- [2] GRINKER R.R., WERBLE B. et DRYE R.C. — The Borderline syndrome, a behavioral Study of ego-functions. — *Basic Books*, édit., New York, 1968.
- [3] HUGUES C. — Borderline psychiatric records. Prodromal symptoms of physical impairments. — *Alienist and Neurologist*, 1884, 5, 85-90, in GRINKER R.R., et coll., *opus cit.*
- [4] MODELL A.H. — Primitive object relationship and the predisposition to schizophrenia. — *Int. J. Psychoanal.*, juil. 1963, 44, 282-292.
- [5] PALEM R.M. — Les états mixtes et les états transitionnels schizo-névrotiques. — *Thèse de Bordeaux*, 1958, 110 p.
- [6] PARKIN A. — Neurosis and schizophrenia. — *Psychiatr. Quart.*, avr. 1966, 40, 203-235.
- [7] ROSSE J.C. — Clinical evidence of borderline insanity. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1890, 17, 669-674, in GRINKER R.R. et coll., *opus cit.*
- [8] STERN A. — Psychoanalytic investigation of and therapy in border line group of neuroses. — *Psychoanal. Quart.*, oct. 1938, 7, 467-489.
- [9] WOLBERG A. — The « Borderline Patient ». — *Amer. J. Psychother.*, 1952, 6, 694-701.

Tous mettent, en premier lieu, l'accent sur le maintien des liens avec la réalité, la « bonne façade sociale », qu'expriment le bon contrôle formel, F + % relativement élevé, toujours supérieur aux taux observés dans les processus schizophréniques, et la présence de K de bonne qualité. Les protocoles se distinguent, en second lieu, par une « luxuriance » qu'attestent le nombre de réponses élevé, la diversification des contenus et des déterminants, la liberté des associations et les originalités. Cette « luxuriance » est l'expression de la richesse particulière de la vie fantasmatique, mais aussi de la « transparence » d'un inconscient, que des défenses névrotiques polymorphes et peu structurées ne sont pas en mesure d'endiguer. Sans doute traduit-elle aussi « la coexistence de régimes différents et leur mise en fonction quasi simultanée », qui pourrait être un trait caractéristique des cas limites (MORMONT). C'est à cette « juxtaposition alternante des réactivités psychotique, névrotique, normale et parfois psychopathique » que l'on doit rapporter le caractère anarchique des pulsions instinctuelles : sexualité souvent chaotique, agressivité manifeste et mal contrôlée, fixations prégénitales. La projection intervient également et rend compte de l'affaiblissement relatif de la conscience interprétative en même temps que de la tonalité « sensitive » et hyperesthésique des réponses complexuelles. Condensations, fusion figure-arrière-plan, réponses Gb1 et KC, phénomènes proches de la contamination, sont l'expression de l'importance des processus primaires. L'anxiété ne manque pas, mais elle n'a pas l'intensité et la diffusion qu'elle peut revêtir chez les psychotiques.

Une mention particulière est accordée à certains thèmes, retrouvés d'une manière quasi constante et qui renvoient, d'une part, à un trouble profond de l'identité ou à l'expression d'un désir de relation symbiotique avec la mère : thèmes de naissance, réponses fœtus, frères ou sœurs siamois, hermaphrodites, embryons, d'autre part, à une aspiration confuse à une toute-puissance magique : divinités, rois couronnés, emblèmes, fées, magiciens. A côté de cette forme, que l'on peut considérer comme prévalente, certains protocoles sont au contraire remarquables par leur *pauvreté* et leur coarctation (FAVALE et coll.). CARRAZ et GROSCLAUDE, MORMONT en signalent également dans leurs séries. Il n'est pas interdit de penser qu'ils pourraient se rapporter à des états limites que GRINKER rangerait dans ses groupes I et IV.

#### Le test de Rorschach dans les états limites

Il a paru légitime de recourir au test de Rorschach pour tenter de cerner la réalité clinique de l'état limite, au travers d'un « modèle » dont la valeur discriminative aurait été incontestable, à l'instar de ce qui a pu être réalisé dans d'autres affections psychiatriques, dans le psychosyndrome organique, par exemple. L'on retrouve déjà, dans la description princeps des schizophrénies pseudo-névrotiques, par HOCH et POLATIN (1949) une référence d'autant plus explicite au test qu'il est envisagé comme un des éléments déterminants du diagnostic. L'entreprise s'est avérée, en fait, malaisée, dans la mesure où la délimitation du concept restait imprécise. Les synthèses les plus récentes (GRINKER et coll., 1968; BERGERET, 1970) n'en font pratiquement pas mention. Il est cependant indéniable qu'en dépit de la disparité relative du matériel étudié, et sans doute, cette hétérogénéité est-elle plus apparente que réelle et ne porte-t-elle que sur les « étiquettes » allouées à une même catégorie de patients, un profil assez particulier se soit dégagé. L'on est en effet frappé par la concordance des tableaux décrits par ZUCKER (1952) dans la schizophrénie latente; TIMSIT et coll. (1965), CARRAZ et GROSCLAUDE (1969) dans l'héboïdophrénie; WEINCARTEN et KORN (1967) dans la schizophrénie pseudo-névrotique, et qui recourent, pour l'essentiel, les traits mis en évidence par MORMONT (1969) chez 25 cas limites suivis dans le Département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège (Professeur M. DONCIER).

(9-1971)

M. T.

- CARRAZ Y. et GROSCLAUDE M. — Le profil psychologique de l'héboïdophrénie. — *Ann. Méd. Psychol.*, mars 1969, 127, n° 1, 409-418.
- FAVALE E., GILBERTI F. et ROCCATAGLIATA G. — Il Reattivo di Rorschach nella c.d. Schizofrenia Pseudoneurotica. — *Sist. Nerv.*, sept.-oct. 1961, 13, 368-377.
- MORMONT Ch. — Etude du Rorschach dans les cas limites. — Mémoire de Licence en Psychologie, Liège (1969).
- SHAPIRO D. — Special Problems of Testing Borderline Psychotics. — *J. Project. Techn.*, 1954, 18, 387-394.
- TIMSIT M. et M., SAOULI A., BENOUNICHE S. et MULLER L. — Le test de Rorschach dans l'héboïdophrénie (à propos de 6 observations). — Actes du VI<sup>e</sup> Congrès international du Rorschach et des méthodes projectives, Paris (1965).
- WEINCARTEN L.L. et KORN S. — Pseudoneurotic schizophrenia. Psychological test findings. — *Arch. Gen. Psychiat.*, oct. 1967, 17, 448-453.
- ZUCKER L. — The psychology of latent schizophrenia. Based on Rorschach studies. — *Amer. J. Psychother.*, 1952, 6, 44-62.