

LES " ÉTATS-LIMITES "
 ÉVOLUTION DES CONCEPTS

par M. TIMSIT

Extrait de l'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE N° 4 - Année 1971

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

REVUE TRIMESTRIELLE
Rédacteur en Chef : Dr HENRI EY

ABONNEMENT : FRANCE 56 F
ÉTRANGER 70 F ou \$ 14,70

ÉDITIONS ÉDOUARD PRIVAT, 14, RUE DES ARTS, 31-TOULOUSE
C. C. P. TOULOUSE 1172.40

LES " ÉTATS-LIMITES " ÉVOLUTION DES CONCEPTS

par M. TIMSIT (1)

Jusqu'à ces derniers temps, dans la littérature psychiatrique de langue française le terme d'état-limite (cas-limite, borderline) 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 classes habituelles, puisque aussi bien son nom ressortait non de particularités cliniques ou étiopathogéniques quelconques, mais d'une démarche caractéristique de la pensée catégorielle. Cette imprécision des concepts rend compte de la grande difficulté où l'on se trouve de 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, davantage 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 tenté ainsi 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,

(1) Chargé de cours associé, Département de Psychologie Médicale, de Psychiatrie et de Médecine Psychosomatique de l'Université de Liège (Prof. M. DONGIER).

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 classifications. Grinker fait justement remarquer qu'il n'en peut exister de valables 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.

LE CONCEPT D'ÉTAT-LIMITE A-T-IL DROIT DE CITÉ ?

La question qui se pose est donc de savoir si les états-limites ont droit de cité sans pour autant constituer le fourre-tout aux caractères vagues et incertains que d'aucuns ont évoqué à leur propos ? Leur fréquence peut varier d'une manière sensible selon que l'on se place d'un point de vue ou de l'autre : certains auteurs l'évaluent à 3 % de la population observée, dans une consultation de policlinique, tandis que d'autres l'estiment à 30 % (Eisenstein), voire à 50 % (Piotrowski et Lewis).

Dans une étude traitant des limites de la notion de schizophrénie, Henri Ey établissait un parallèle entre l'extension du concept de schizophrénie et la ferveur qu'avait connue la mélancolie avant le XIX^e siècle, l'hystérie au siècle dernier, la paranoïa à la même époque. Il soulignait que cette affection avait couvert successivement toute

l'étendue — ou presque — de la pathologie mentale. « Lorsque les psychiatres entreprennent d'étudier en profondeur une maladie mentale, ils finissent par étendre sa définition, sa pathogénie, ses mécanismes psychologiques à tout le champ de la psychiatrie... Cela ne peut pas vouloir dire autre chose que ceci : à savoir, que toutes les maladies mentales ont quelque chose de commun, quelque chose qui les apparente au lieu de les distinguer. C'est à cette exigence d'une monopsychose, sorte de type fondamental auquel toutes les variétés se ramènent, que répond cette curieuse tendance à uniformiser ».

Le risque n'existe-t-il pas de voir les états-limites prendre aujourd'hui la relève de ces différentes affections psychiatriques ? Nous ne le pensons pas, car l'on doit se rendre à l'évidence : l'on ne rencontre nulle part ce terme dans les manuels de psychiatrie de langue française, et ce n'est qu'en 1970 que l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale lui consacrait un chapitre (Bergeret) — nous aurons l'occasion d'y revenir. Il n'existe pas davantage dans la classification internationale des troubles psychiatriques, dans la classification américaine, pas plus que dans la revue des classifications existantes préparées pour l'Organisation Mondiale de la Santé.

HISTORIQUE

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 : « L'état frontière (borderline) 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 en reprenait la définition en 1890 en admettant que cet état « borderline » 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 magistrales synthèses — nécessaires mais rigides — de Magnan et de Kraepelin faisaient peser sur les écoles française et allemande. En fait, c'est bien avant Eisenstein (1949), à Stern (1938) 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 psy-

chotiques, 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 « borderline », est une hypothèse parfaitement justifiée ».

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 behaviouriste, 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 : 1° tantôt comme des malades atteints de démence précoce ou de schizophrénie « atypique »; 2° tantôt comme des déséquilibrés graves; 3° tantôt comme des névrosés « marginaux » dont le traitement ne répondait pas aux règles de la cure analytique.

**

Kahlbaum, en 1885-1890, isole une catégorie de patients qui sont au fond « de faux déments précoces » : les héboïdophrènes. Il en

donne une description magistrale qui a survécu sans qu'on éprouve le besoin d'en rien changer. Bien qu'elle soit marquée par une dominance des troubles caractériels avec perte progressive du sens moral et propension à la délinquance et qu'elle échappe à la déchéance terminale, cette affection se situe, pour lui, plus près de la démence précoce que de la folie morale du fait de l'existence de phases cata-toniques et d'un début pubertaire ou postpubertaire. Kahlbaum la considère comme une psychose de l'adolescence.

Alors que s'ébauche la synthèse kraepelienne et que se dessine cette dichotomie fondamentale entre psychoses et névroses qui va marquer pour longtemps la nosologie psychiatrique, un tel concept ne peut manquer de susciter de vives critiques. Comme nous le mentionnions plus haut, Kraepelin et Bleuler en contestent l'autonomie. Pour eux, les troubles caractériels préexistent à la démence précoce et ils ne sont que les signes avant-coureurs de la psychose. Après des critiques aussi autorisées, rien d'étonnant à ce que ce concept d'héboïdophrénie ne tombe dans l'oubli pendant une longue période. Ce n'est qu'en 1925 qu'Halberstadt le fait ressurgir : pour lui, cette affection reste cependant toujours intégrée dans le cadre de la démence précoce. Il est intéressant de noter qu'un auteur, comme Jones, qui se situe dans une perspective aussi radicalement différente de celle de Kraepelin, juge aussi opportun de rappeler que la démence précoce n'a rien à voir avec les névroses — « La frontière a déjà été franchie » (1918). Aussi la description de Clark (1919) visant à considérer les dépressions périodiques et les démences précoces modernes comme autant de cas-frontières, ne manque-t-elle pas de susciter de vives oppositions.

Néanmoins, les formes classiques de la schizophrénie ne pouvant suffire à embrasser la réalité clinique, Bleuler éprouve le besoin de créer le concept de « schizophrénie latente » : étendant encore davantage le champ de cette affection, il évite de recourir au concept d'état-limite. En la situant dans le prolongement vers le normal de la schizophrénie simple, il s'attache à décrire des cas particulièrement discrets, à évolution très lente, s'arrêtant quelquefois en cours de route mais qui n'entraînent pas de perturbations nettes de la vie du sujet en dépit du caractère spécifique des altérations de la personnalité. Il est intéressant de noter qu'un peu plus tard, en élargissant ce concept, il rapporte l'essentiel des troubles à une *pathologie du*

caractère, et qu'il relève que ces sujets n'ont aucune motivation à consulter et échappent ainsi souvent à l'attention des psychiatres.

En 1921, Kretschmer, sur la base de sa biotypologie, introduit le concept de « schizoïdie » pour recouvrir un cadre particulier dans lequel il inclut des sujets affectés de personnalités psychopathiques et dont les troubles ménagent une transition entre les dispositions caractérielles prétendument « normales » (schizothymie) et l'atteinte processuelle (schizophrénie). Un peu plus tard, en 1924, E. Minkowski revient sur cette notion en valorisant encore l'atteinte caractérielle : ce sont des sujets qui ont « une structure schizophrénique uniquement dans leur caractère sans que cela entraîne d'autres troubles ».

Il est certain que le destin de ces cas marginaux chez lesquels nous retrouvons sans peine la plupart des caractéristiques essentielles attribuées plus tard aux cas-limites, a subi l'influence de tendances contradictoires. L'on assiste, en effet, au développement d'un courant qui vise tout à la fois à les identifier comme des *formes particulières*, tout en persistant à leur reconnaître *leurs caractéristiques schizophréniques fondamentales*, précisément dans le sens de cette tendance à l'uniformisation dont fait état Henri Ey. C'est dans cette perspective que l'on pourrait situer, nous semble-t-il, les travaux de l'école de Claude en France et ceux de Hoch et Polatin aux Etats-Unis.

CONTRIBUTION DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE FRANÇAISE

Ainsi, Claude, dès 1926, définit-il les « schizomanies » comme des états pathologiques se développant sur un fond de schizoïdie à l'occasion de difficultés affectives ou d'une toxi-infection. Elles lui paraissent caractérisées par une désadaptation au milieu, avec rêveries morbides, bizarreries du comportement et quelquefois négativisme, fugue ou réactions violentes. Avec la schizophrénie paranoïde et les états schizoïdes, ces schizomanies sont rangées dans le cadre des schizoses que Claude distingue, d'une part des « névroses » où il croit voir l'expression d'une perturbation du système neuro-végétatif, et d'autre part des « psychoses » proprement dites qui englobent la démence précoce de type Morel, en tant qu'elles traduisent une altération du psychisme normal.

En 1939, avec Vidart et Longuet, Claude confirme cette option en

rapportant le cas d'un malade dont « le curieux état mental pose des problèmes nosologiques du plus grand intérêt » et souligne la fragilité des cadres de nos syndromes classiques. Son analyse psychologique, rendue possible par l'extraordinaire richesse de son journal intime, tend à « prouver l'infinie variété des formes intermédiaires »... grâce auxquelles on peut « rapprocher certains états psychotiques qui paraissent, de prime abord, bien éloignés les uns des autres ». En effet, suivant les moments variés où sont pratiqués les examens, suivant aussi l'une ou l'autre des pages des écrits de ce sujet, les auteurs croient pouvoir reconnaître les traits de syndromes psychopathiques bien différents. Ils décrivent successivement son aspect *schizoïde*, illustrant l'extraordinaire activité de sa vie autistique contrastant avec son impassibilité extérieure, son aspect *psychasthénique* marqué entre autres symptômes par « la crainte obsédante de devenir pédéraste », une très grande timidité, une hyperémotivité et un sentiment d'incomplétude manifeste, et enfin son aspect *délirant* qu'attestent ses idées de persécution organisées selon un système cohérent en dehors de tout affaiblissement intellectuel et à développement progressif. S'interrogeant sur la signification de la coexistence de ces trois syndromes nettement individualisés que dégage cette étude clinique, ils soulignent qu'il leur paraît peu vraisemblable de croire à l'existence exclusive d'une psychasthénie pré-schizoïde ou même pré-schizophrénique, comme de considérer leur malade soit comme « un faux schizoïde », soit comme un « faux psychasthénique ». Il s'agit, pour eux, d'un état psychopathique où la psychasthénie et la schizoïdie semblent depuis longtemps intervenir dans des proportions sensiblement égales, le patient « ayant perdu à la fois la notion et la fonction du réel ».

Dans l'étude qu'il consacre aux formes cliniques de la schizophrénie, en 1955, Henri Ey donne de la « schizo-névrose » une description dont on peut se demander si elle ne recouvre pas pour l'essentiel celle des états frontières, au moins sur un plan topologique. Il pense que « ce terme... s'impose de lui-même pour caractériser cette forme de discordance plus épisodique et moins profonde, ces dispositions et ces bouffées délirantes qui sont plus secondaires que primaires, en ce sens qu'elles expriment une motivation idéo-affective assez claire, et cet « autisme » qui est plus près de la pensée magique de l'obsédé ou des fantasmes hystériques dans la mesure même où il est un procédé morbide dont le malade reste conscient... » Il

ajoute : « Ce type schizo-névrotique fortement enraciné dans un caractère schizoïde aboutit généralement à des étrangetés de comportement, à des attitudes d'isolement, à une sorte de culture de la morosité hostile, à des modalités d'existence para-sociales (originalité extrême, oppositionnisme systématique, travaux fantastiques, projets extravagants). Parfois, tout le comportement, la morale et la perception du monde sont comme teintés de délire (croyances magiques, métempsychose, érotomanie, etc.); autrement dit, ce sont des formes très bénignes quant au risque de dissociation. » Ainsi, l'accent est-il mis sur la proche parenté de cette constellation morbide avec la structure obsessionnelle (pensée magique, morosité hostile); la structure hystérique (fantasmes, projets extravagants); mais aussi celle des personnalités psychopathiques (modalités d'existence para-sociales, originalité, oppositionnisme systématique). On doit également relever le fait qu'Henri Ey soulignait la notion de maintien, chez ces sujets, d'une conscience de l'état morbide, en même temps que sont valorisés le fond de « schizoïdie », la transparence de la motivation idéo-affective exprimée par les dispositions et les bouffées délirantes, et le caractère superficiel des épisodes discordants qui peuvent émailler le cours de l'affection. Par leur caractère fondamental de permanence structurale, ces formes schizo-névrotiques se distinguent assez nettement de celles qu'Abély a décrites en 1961, en leur préférant d'ailleurs le terme d'« asystolies névrotiques », dans la mesure où ces formes sont avant tout envisagées comme des névroses déstructurées et décompensées. Pour cet auteur, la schizo-névrose est l'aboutissement d'un processus entraînant la dislocation brusque d'un système névrotique jusqu'alors relativement bien organisé. Selon lui, « ce système défensif deviendra caricatural et illogique : on ne retrouvera plus que quelques éléments individuels isolés... » Il ajoute : « Pour moi, l'élément essentiel qui m'autorise à estimer qu'une névrose antérieure est déstructurée est d'abord l'apparition du délire qui signifie un fléchissement du jugement et du contrôle, en même temps qu'un essai intempestif et pathologique de libération et de capitulation, un effondrement des moyens de défenses et des forces qui tentent de maintenir en une situation de plus en plus instable les composantes de la personnalité... ». Comme nous le soulignerons plus loin, cette conception paraît assez étrangère à celle qui prévaut actuellement au sujet des cas-limites.

LES DESCRIPTIONS DE HOCH ET POLATIN

L'on sait avec quelle faveur les publications de Hoch et Polatin sur les *schizophrénies pseudo-névrotiques* ont été accueillies aussi bien aux U.S.A. qu'en France où, en particulier, Soccaras a contribué à les faire connaître. Comme elles ont fait par la suite l'objet de nombreux développements, nous avons tenté d'en fixer les éléments essentiels dans un tableau (tableau I) en nous inspirant de leur étude princeps (1949) et de celle plus récente de Cattell (1968). La précision et la richesse des descriptions, la finesse de l'analyse clinique, la rigueur apparente de la méthode utilisée rendent compte de l'intérêt que ces études ont suscité, et cela d'autant plus qu'il s'agissait pour les auteurs d'isoler une forme morbide originale et de renouer ainsi avec la tradition psychiatrique classique. Dès leurs premiers travaux, ils avaient insisté sur la faible évolutivité de l'affection et le caractère minime de la détérioration observée. Si certaines formes, plus évolutives que d'autres pouvaient faire le lit d'une schizophrénie de type classique, dans la plupart des cas, il leur avait semblé que l'affection connaissait une marche lente, scandée parfois par des épisodes psychotiques de caractère variable (idées hypocondriaques, sentiments de dépersonnalisation, états oniriques avec passage du délire de supposition au délire vrai), mais dont la composante essentielle était d'avoir une durée brève et d'entraîner une « restitution *ad integrum* ».

Reprenant en 1962 l'étude de 109 patients suivis avec un « follow-up » de 5 à 20 ans, Hoch, Cattell et coll. constataient que 20 % seulement d'entre eux avaient développé une symptomatologie schizophrénique ouverte durant une certaine période. En fait, la moitié seulement de ces sujets — soit 10 % de l'ensemble des cas suivis — devait évoluer sur un mode chronique (catatonique, paranoïde, ou accessoirement hétérophrénique). En revanche, au moment du « follow-up » un tiers de l'ensemble des cas avait connu une évolution satisfaisante, mais pauvre. Les tentatives de suicide n'avaient été relevées que dans 10 % des cas.

L'approche sur laquelle se fonde la découverte de ces formes de schizophrénie pseudo-névrotique reste essentiellement clinique puisque leur diagnostic repose en premier lieu sur la mise en évidence derrière des symptômes névrotiques, le plus souvent polymorphes, des symptô-

mes primaires de la schizophrénie décrits par Bleuler (troubles associatifs, rigidité affective, ambivalence et pensée dérèstique). Conçues de la sorte, ces formes semblaient réhabiliter une nosologie passablement malmenée jusque-là par les travaux de certaines écoles psychanalytiques. En fait, en mettant ainsi l'accent sur les « symptômes primaires », elles contribuaient à valoriser de nouveau la notion de *latence* de la schizophrénie, prenant ainsi le relais des travaux de Bleuler, Kretschmer, Zilboorg et Fenichel. Sous-jacente à des formes typiques et bien définies, les auteurs postulaient l'existence d'une *structure psychotique*.

Bien qu'il ait pu assurer que « beaucoup de ces sujets, à maintes reprises, zigzaguent sur la ligne de la réalité », que l'étude de leur follow-up ait pu établir que peu d'entre eux devenaient d'authentiques schizophrènes, et qu'ainsi, l'on ait été tenté de rapprocher ces tableaux des formes schizophréniques pseudo-névrotiques des états-limites, Hoch s'est toujours tenu à cette position fondamentale. Il devait la réaffirmer en 1963 dans une lettre personnelle qu'il adressait à Grinker. A son avis, un schizophrène ambulatoire est un schizophrène dont la maladie n'est pas, ou suffisamment grave, ou dont la condition socio-économique est telle qu'il ne doit pas être hospitalisé. « La schizophrénie pseudo-névrotique est une forme particulière de la schizophrénie au même titre que la catatonie ou les états paranoïdes ». De surcroît, il pense que « l'état borderline » doit être rejeté complètement parce qu'il ignore ce que ces « bords » peuvent être. Pour lui, un névrosé ne peut pas devenir schizophrène et vice-versa.

On ne peut manquer de mentionner la thèse que R. Palem a consacrée aux « états mixtes et états transitionnels schizo-névrotiques » (1958). Les prémisses de cette étude avaient déjà été posées par les travaux de Delmas-Marsalet et coll. sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie (1949). 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 névrologue nosophile qu'il ne deviendra jamais « fou ». Après un rappel historique qui l'amène à considérer le rapport qui unit la schizophrénie, la psychasthénie, l'hypochondrie, l'hystérie et les névroses de caractère, il situe les états schizo-névrotiques en cli-

nique psychiatrique en tant que syndromes ayant une relative autonomie et une certaine individualité du fait de leur spécificité et de la constance des caractères séméiologiques 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 pseudo-névrotiques de Hoch-Polatin, la constitution schizoïde, les épisodes psychopathologiques qui émaillent l'évolution du cas, notamment deux accès qui correspondent 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 cinq 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 pré-psychotique 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, mais qui, 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.)

**

Dans une tout autre perspective, l'attention s'était déjà portée sur ce domaine particulier. Mais plutôt que de chercher à isoler, du cadre des psychoses, les formes qui en paraissaient les plus marginales, l'accent *avait été mis sur les singularités du terrain sur lequel elles semblaient, pour la plupart, se développer.* Le souci de déterminer aussi exactement que possible ce qui appartenait à la psychose et ce

qui revenait au terrain proprement dit, devait aboutir à dégager successivement les concepts de dégénérescence, de constitution et de déséquilibre. Certes, cette démarche est nettement orientée; elle postule que les désordres mentaux ne peuvent surgir que chez des sujets « prédisposés », dont la plus grande sensibilité procède le plus souvent d'une « hérédité morbide ». La parenté entre les « mentalités anormales » et l'aliénation n'en était pas moins soulignée. Déjà, Moreau de Tours avait découvert leur plus grande fréquence dans les familles de ses malades de Bicêtre. Il est troublant, cependant, de constater que l'effort pour dégager ces mentalités anormales de l'aliénation avec laquelle on les avait longtemps confondues, devait conduire à la description de tableaux cliniques qui ne sont pas sans évoquer nos états-limites actuels.

Ainsi, pour Magnan, à la fin du siècle dernier, « les dégénérés » sont-ils des gens qui se manifestent par des signes physiques, intellectuels et moraux caractéristiques, en dépit de la multiplicité des types de psychopathies, résultant de l'extrême variété de leurs combinaisons? Il a le mérite de montrer que ces tableaux peuvent s'observer en dehors de toute arriération intellectuelle patente, et qu'au contraire il arrive que l'on note de remarquables aptitudes pour les arts d'imagination, les lettres et la poésie ou une étonnante facilité pour les mathématiques. Ces sujets sont hyperémotifs, souvent impulsifs, susceptibles, impressionnables, et réagissent avec excès aux influences les plus légères. « Leur sensibilité subit d'incessantes fluctuations entre l'exaltation et la dépression... Leurs sympathies et leurs antipathies atteignent des proportions extrêmes... L'on retrouve chez certains une composante paranoïaque évidente : « orgueil immense, profond égoïsme, malveillance, tendance à l'exaltation passionnelle, esprit systématique et jugement faux, goût des opinions personnelles et paradoxales qu'ils soutiennent avec obstination et intolérance ». Chez d'autres, c'est la composante perverse qui est au premier plan : absence de sens moral, sentiments dépravés, penchants mauvais et incoercibles qui se révèlent dès le jeune âge que l'éducation et la culture sont impuissantes à modifier et qui mènent aux actes anti-sociaux, à la délinquance et au crime. Chez ces « dégénérés supérieurs », Magnan note la propension aux abus alcooliques, aux actes immoraux, aux actes homicides, au suicide, en même temps qu'il relève la survenue possible d'idées fixes, d'obsessions bizarres, d'impulsions. Il montre enfin combien un tel

terrain favorise l'écllosion de troubles mentaux, de nature psychotique, bien particuliers et surtout caractérisés par la brusquerie de leur apparition, leur polymorphisme et la brièveté de leur évolution. Si l'on fait abstraction des stigmates de la dégénérescence qui étaient attribués à ces sujets d'une façon plus ou moins systématique, on est frappé de voir combien cette description est actuelle.

Pour Arnaud, en 1903, ces sujets prédisposés sortent du cadre de la dégénérescence où Magnan les avait enfermés pour entrer dans celui des « constitutions psychopathiques ». Néanmoins, le déséquilibre se manifeste sur un mode identique, atteignant toutes les sphères de l'activité mentale, surtout « le moral et le caractère ». Précoce, il se révèle dès l'enfance et rend difficile après la puberté, l'adaptation aux conditions sociales ordinaires. La plupart de ces sujets « ont souvent une intelligence active, mais manquent de coordination, d'esprit de suite, de volonté. Ce sont des gens versatiles, impressionnables, accessibles à toutes les suggestions, qui montrent une préférence instinctive pour tout ce qui est excentrique, paradoxal, excessif. Ils aiment le changement, les aventures et les extravagances littéraires, la politique utopique, leurs sentiments sont inconstants et mobiles; très vaniteux, ils font preuve d'une extrême susceptibilité. Ils ont facilement des exaltations imaginatives ou passionnelles, et au hasard des circonstances ils se livrent à une intense religiosité, au mysticisme ou bien aux pires excès et jusqu'au crime dû à la passion. Toujours impatients de toute règle, ils ne se soumettent qu'à la satisfaction immédiate de leur instinct et de leur fantaisie ».

C'est cependant à Borel (1947) que l'on doit la description la plus achevée du déséquilibre psychique. Selon lui, ce n'est pas autre chose que « la somme des déséquilibres partielles de l'humeur, du caractère et de l'émotivité, auxquelles on peut ajouter à titre accessoire celles de l'instinct et de l'intelligence ». Loin de dépendre d'une anomalie particulière et de traduire ainsi une disposition psychologique d'origine nouvelle, il résulte de la réunion contingente de ces perturbations dont tous les degrés et toutes les combinaisons sont possibles. Aussi, y retrouve-t-on, avec plus ou moins de pureté, les traits des différentes constitutions psychopathiques : paranoïaque, hyperémotive, cyclothymique, mythomane et perverse. Fondamentalement instable, le déséquilibré ne peut se fixer dans le cadre étroit de l'une de ces constitutions. Son existence entière porte la marque du changement et

de l'inconstance, alors que chez le paranoïaque, le pervers ou l'hyperémotif, la prévalence de la tendance impose à l'activité une orientation constante et les fait réagir à leur façon, avec excès certes, mais dans le même sens général. C'est cette instabilité foncière qui est à l'origine de l'inadaptation familiale, professionnelle et sociale. Borel précise que « l'âge ne les assagit pas, et jusqu'aux confins de la vieillesse ils poursuivent leur existence irrégulière, désordonnée et difficile ». Il note au passage que bien que le service militaire soit quelquefois pour lui l'occasion d'un comportement et de réactions d'opposition, « le déséquilibré ordinaire passe assez souvent sans encombre ses années de caserne », dans la mesure où « l'encadrement forme une barrière à son instabilité et la discipline lui impose un effort sur lui-même qu'il se refusait jusque-là de fournir ». Il fait également remarquer l'attrait imprévu et assez paradoxal que la vie militaire peut avoir sur eux. « Le déséquilibré s'engage en effet souvent, ordinairement d'ailleurs, par simple devancement d'appel ».

Il est intéressant de noter, dans cette étude très riche d'un point de vue descriptif que Borel fait des déséquilibrés, l'importance qu'il accorde à cette composante *dépressive* que, précisément, les travaux plus récents tendront à mettre au premier plan du tableau des états-limites. Il la rapporte certes à la cyclothymie, mais il en souligne la constance : « la sub-dépression est toujours plus évidente, même légère, le déséquilibré la ressent vivement et supporte mal le malaise général qui la suit. Marqué d'ennui, de morosité, d'indifférence, elle ramène chaque fois un certain goût du suicide ». Plus loin, il ajoute qu'elle aggrave toujours l'impatience, l'irritabilité, la susceptibilité, elle exagère aussi l'inertie, la veulerie où le déséquilibré se complait souvent. Elle pousse aux excès toxiques auxquels l'individu demande un calmant ou un réconfort immédiat. Dans chacune des observations qu'il rapporte, il ne manque pas de souligner combien cette sub-dépression, intermittente ou discontinue, tient le premier plan de la scène. Borel souligne également le caractère superficiel, artificiel et outrancier du comportement émotionnel du déséquilibré qui le distingue de celui de l'hyperémotif de Dupré, stable par définition. « L'émotion, chez lui, n'a pas beaucoup de retentissement intérieur; en revanche, son expression déborde volontiers les limites permises ». Il est naturel dans ces conditions que ses sentiments sociaux soient toujours déficients; le déséquilibré « reste indifférent aux événements

collectifs et aux émotions altruistes, sa sensibilité ne se manifeste qu'en sentiments égoïstes ». Ces traits paranoïaques, en particulier sa susceptibilité, mais surtout son impulsivité que Borel considère comme le trait de caractère dominant du déséquilibré psychique, contribuent à renforcer cette tendance. Tous les sujets dont Borel rapporte l'histoire ont ainsi vécu *solitaires, sans relations, sans contacts sociaux*. Déjà dans leur enfance on avait noté leurs tendances schizoïdes alliées à une intransigeance, une obstination et un esprit de contradiction d'une intensité anormale, contrastant par leur trop grande stabilité avec la labilité habituelle des sentiments des enfants de leur âge. Il est intéressant à ce propos de remarquer que Borel soulignait déjà le fait que dans les familles, presque toujours, ce n'était qu'un seul enfant qui était atteint parmi ses frères et sœurs, et qu'il occupait n'importe quel rang dans la fratrie. Dans une direction diamétralement opposée aux théories d'Ackermans, il en tirait argument pour valoriser l'origine constitutionnelle du déséquilibre et nier l'influence possible des facteurs sociaux et éducatifs. Derrière la fugue et le suicide de ces déséquilibrés, il discerne les mêmes motivations que les auteurs modernes retrouvent chez les états-limites. Ainsi, met-il l'accent sur l'importance des circonstances extérieures, de leur caractère fortuit sur le déclenchement des fugues, et sur la fréquence des états sub-dépressifs qui les sous-tendent. La fugue du déséquilibré « est à la fois dépressive et impulsive, exprime un regret et une joie, un dégoût et un espoir, une indépendance et un esclavage. Tout concourt à sa détermination. Le goût du changement, le plaisir du départ, les illusions d'avenir se mêlent confusément à la morosité, à l'ennui et à l'impatience. C'est la *moesta et arrabunda* du poète, triste et vagabonde, mais qui reste insatisfaite quand même car elle porte en elle-même son insatisfaction et sa propre incompréhension... ». Quant au suicide, qui est aussi une fugue à laquelle il manque seulement le retour, il se fait dans un moment de dépression où revient le *toedium vitae*, souvent à deux, non comme l'homicide altruiste du mélancolique mais sur un mode un peu romantique, ou encore dans une circonstance bien différente : il peut réaliser une brusque et brutale impulsion à l'occasion d'une cause extérieure, d'un choc moral ou d'une déception imprévue. « L'acte qui a besoin de se réaliser immédiatement ne choisit pas son procédé mais utilise le premier moyen qui se trouve à sa portée..., il s'exécute avec violence et réussit souvent, mais souvent aussi il échoue! Ici pourtant la sincérité

n'est pas en cause, seulement il est mal préparé et sommairement accompli. La tentative suffit alors pour calmer l'émotion qui se dissipe au contact de l'eau froide, aux douleurs de la blessure, aux nausées et aux coliques de l'empoisonnement. L'idée de la mort disparaît aussi rapidement qu'elle avait surgi dans la conscience. Mais plus tard, des circonstances analogues peuvent encore la remener... ». Borel enfin considère la toxicomanie comme un des signes les plus sûrs du déséquilibre du fait de la force et de la constance de cette tendance. Il ajoute qu'elle peut être même « la valeur d'un véritable stigmaté dégénératif ». C'est à l'alcool généralement que le déséquilibré va demander de calmer l'anxiété qu'ont déclenchée son extrême susceptibilité et les heurts avec l'entourage, ou de stimuler son aboulie. Aussi son intoxication atteint-elle un caractère d'irrégularité, de variabilité. Elle est occasionnelle, épisodique, aboutit parfois à des accès de dipsomanie ou s'accroît jusqu'à des limites extrêmes pour se calmer pendant d'assez longues périodes, d'autant plus qu'il supporte fort mal les toxiques; mais elle reprend tôt ou tard.

Si nous nous sommes ainsi étendu sur la description que donne Borel de ces « déséquilibrés », c'est qu'il nous semble qu'elle peut servir de modèle à toutes celles que l'on a utilisées après lui pour situer les « états-limites ». Ainsi ne peut-on pas manquer de souligner la ressemblance frappante qui existe entre ces déséquilibrés de Borel et le patient « borderline » dont Schmideberg a tracé le portrait dans l'« American Handbook of Psychiatry » (1959). L'éclairage est sans doute différent, l'approche plus dynamique que descriptive; il n'en reste pas moins que la constellation fondamentale des symptômes et des traits de comportement reste la même. Ainsi, pour Schmideberg, la caractéristique borderline est-elle le trouble sévère de la personnalité. Comme Borel, elle conçoit le déséquilibre comme le résultat « de la réunion contingente des perturbations congénitales de l'humeur, de l'émotivité et du caractère, dont tous les degrés et toutes les combinaisons sont possibles »; elle estime que le borderline possède des éléments de certaines et parfois de toutes les entités cliniques dont il est limitrophe (névrose, psychose psychogénétique et psychopathie). C'est la combinaison des différentes réactions qui le caractérise, de telle sorte que quantitativement parlant, il n'est pas juste à mi-chemin entre la névrose et la psychose, puisque le mélange de la combinaison de ces modes de réaction produit quelque chose de qualitativement différent.

Les troubles émotionnels sont constants et consistent essentiellement en une inaptitude à vivre une émotion authentique, inaptitude dont certains sujets sont conscients et souffrent comme les psychasthéniques, éprouvant fréquemment des phénomènes de dépersonnalisation et y réagissant par un passage à l'acte; le recours à la drogue ou à l'alcool, les délits ou les réactions sexuelles pathologiques constituent pour eux une tentative qui vise à les faire sortir de leur insensibilité ou à leur permettre d'échapper à leurs sentiments pénibles. Leurs relations avec autrui sont à la mesure de leurs émotions, superficielles, labiles, instables, sous-tendues par de l'hostilité et du négativisme. Aussi les borderlines sont-ils fondamentalement non-sociaux et quelquefois ouvertement anti-sociaux. Les réactions paranoïdes peuvent, tantôt provoquer des comportements agressifs, tantôt susciter des réactions de retrait et la rupture des relations personnelles. Comme Borel, chez les déséquilibrés, Schmeideberg met l'accent sur l'importance des troubles de l'adaptation professionnelle : le borderline est avant tout un instable. Même s'il jouit d'une intelligence supérieure, il peut rarement se maintenir au niveau des brillants résultats qu'il obtient à l'occasion, car il manque du pouvoir de concentration, de persévérance, et de la volonté de faire un effort stable. Il est susceptible, hypersensible à la critique, et son seuil de tolérance à la frustration est très bas. Devant les difficultés que suscite sa conduite, il réagit par de l'hostilité ou un repli sur lui-même qu'entretiennent ses idées de grandeur et ses sentiments persécutifs. Incapable d'accepter les lois et les obligations sociales qu'elles impliquent, il se cantonne dans un non-conformisme qui l'enracine en retour dans un véritable cercle vicieux à partir de ses réactions de ressentiment et de retrait, ce qui le conduit inéluctablement à une instabilité professionnelle foncière ou à une dépendance parasitaire. Son déficit d'empathie, la pauvreté du développement de ses relations objectales à l'origine de son inaptitude à s'identifier, le conduit également à des conflits et est à l'origine d'un nouveau cercle vicieux, puisqu'en retour il tend à se replier ou à réagir avec hostilité, et devant les représailles que cela entraîne de la part des autres, à refuser plus que jamais d'établir le contact.

Comme Borel chez ses déséquilibrés, Schmeideberg met l'accent sur la sévérité des troubles de la volonté de ses patients borderlines : ils fonctionnent pauvrement et répugnent à assumer leurs responsabilités. Ce qui semble cependant dominer chez eux c'est leur extrême impul-

sivité, à la mesure de l'intensité de leurs besoins. Chez certains patients de type « rétracté », l'absence apparente de désir, voire même de susceptibilité à des stimulations assez fortes, ne vise qu'à éviter la chaîne des réactions du désir, de la frustration, de la nécessité de la lutte et de l'implication dans la réalité avec la vulnérabilité qui en découle, puisque de tels patients, en cours de traitement, peuvent passer subitement à l'acte en montrant des besoins extrêmement puissants. Schmeidler constate que « le passage à l'acte est largement compensatoire à l'impossibilité à agir — une réaction abrupte à la procrastination et à l'inhibition — et alterne avec des périodes de dépression profonde, d'anxiété et de repli sur soi ». De fait, le borderline est profondément malheureux puisque ses difficultés d'identification et ses idées de grandeur le rendent anhédonique et lui interdisent de partager le plaisir que la moyenne des gens éprouvent dans les situations les plus banales ou dans l'accomplissement du devoir quotidien. Son sentiment de tristesse solitaire crée chez lui un besoin excessif de plaisir et le pousse à rechercher avec avidité argent, sexe, situations spectaculaires, drogue ou alcool, s'il n'est pas, par désespoir, conduit au délit ou au suicide. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre la signification de leurs troubles psycho-sexuels : leurs activités peuvent être marquées par une carence mais il arrive qu'elles soient débordantes, et dans ce cas on doit les comprendre comme autant de tentatives effectuées pour sortir de la dépersonnalisation et compenser le manque de sentiments affectifs par un excès de plaisir sexuel.

*
**

Avec le développement de la pratique psychanalytique et des méthodes psychothérapeutiques qui en dérivent, la clinique psychiatrique subit deux ordres de modifications qui ne vont pas manquer d'influer de façon décisive sur la conception même des états-limites. En premier lieu son champ s'élargit, et l'on est conduit à constater qu'un nombre croissant de patients n'entrent, ni dans le groupe des névrosés, ni dans celui des psychotiques, sans toutefois poser l'indication d'une psychothérapie psychanalytique.

La doctrine freudienne dichotomisant la psychiatrie en réduisant les névroses à des psychoses narcissiques qu'elle opposait aux névroses de transfert, avait d'ailleurs contribué à rapprocher ces deux groupe-

ments nosologiques que les travaux antérieurs, se situant dans une perspective purement descriptive, avaient soigneusement cloisonnés. Pichot fait précisément remarquer que la « conception psychogénétique de la schizophrénie tend à favoriser l'isolement de formes de transition entre névroses et psychoses ». En second lieu, dans cette perspective dynamique et relationnelle, il s'agit moins de parfaire la description de tableaux cliniques que de s'efforcer de comprendre les mécanismes qui les sous-tendent. De fait, c'est aux U.S.A. surtout, à partir des années 50, que les travaux sur les états-limites vont se multiplier : ces états sont envisagés comme une « manière d'être », une forme de restauration. Certains auteurs insistent sur la distorsion originelle du Moi; d'autres sur la qualité particulière des défenses érigées contre les processus de désorganisation et qu'ils distinguent de celles qu'il est habituel de déceler dans les états psychotiques ou dans les névroses. Quelques-uns enfin mettent l'accent sur le caractère original que revêt le transfert chez ces patients.

La question de savoir où exactement situer ces états d'un point de vue nosologique n'est cependant pas tranchée pour autant. Il est vrai que dans une approche psychodynamique elle paraît revêtir un intérêt secondaire. Certains auteurs persistent ainsi à les considérer encore comme des formes de schizophrénie, très particulières certes, et d'autres tendent à les assimiler à des névroses de caractère. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les thèmes les plus souvent avancés dans les systèmes explicatifs aient trait, soit à une pathologie du narcissisme (Bergeret), soit à une pathologie du caractère rattachée à des fixations prégénitales. Ainsi, dans une étude relativement récente, Weingarten et Korn (1967), estiment-elles opportun de continuer à étiqueter « schizophrénie pseudo-névrotique » une entité clinique caractérisée par une série de traits que l'on rapporterait plus volontiers aux états-limites : bonne façade sociale avec comportement plaisant et maintien des apparences, réussite professionnelle conjuguée avec une certaine instabilité, processus primaires de pensée entraînant des désordres de la pensée, réactions affectives forcées et artificielles, état relativement permanent de tension dans les situations de stress, profusion de défenses non intégrées névrotiques et psychotiques. L'on est d'autant plus fondé à les considérer de la sorte que les résultats du test de Rorschach pratiqué chez ces patients reproduisent d'une façon étonnante ceux que l'on recueille dans les états-limites.

Dans une optique analogue, Weiner (1966), tout en relevant également le maintien d'un comportement social adéquat, au moins superficiellement, l'existence de troubles associatifs primaires et l'intervention de mécanismes névrotiques compensatoires, considère qu'il convient d'intégrer la schizophrénie pseudo-névrotique dans le cadre plus général que constituerait la schizophrénie « borderline », la première étant marquée de façon plus spécifique par le recours défensif à une série de comportements névrotiques simultanés. Une telle position reste cependant marginale et la plupart des auteurs revendiquent pour les états-limites une place autonome.

Wolberg (1952) 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-masochique. Il en décrit très finement la séquence à travers une série de traits qui 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 leur besoin constant de considérations particulières et de récompenses; 4. leur hyperesthésie aux remarques et au comportement d'autrui (ce qui 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 masochique, 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 main-

tenir 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 de sa tendance constante à passer d'un mécanisme à l'autre.

Knight (1954), après une revue exhaustive de la littérature, déplore le fait que le diagnostic d'état-limite ne soit jamais avancé que sous la forme d'un constat négatif chaque fois qu'il est difficile de décider s'il y a névrose ou psychose, puisque les deux phénomènes sont observés à la fois — « le patient est bien malade mais il n'est pas franchement psychotique ». C'est souvent celui de névrose grave qui est posé, tantôt pour des manifestations obsessionnelles compulsives sévères, une phobie irréductible, un système hystérique prévalent ou une anorexie mentale dominant le tableau clinique; tantôt pour une dépression profonde, l'intensité de la composante paranoïaque ou la sévérité des désordres caractériels. Il constate de surcroît que dans la mesure où ces patients parviennent à rester adaptés dans des situations conventionnelles, les entretiens dirigés que l'on peut avoir avec eux sont décevants. Dans ces conditions, pour Knight, névrose et psychose ne sont pas mutuellement exclusives et l'on doit accepter le concept d'état-limite.

Pour Parkin (1966), également, l'état-limite est un état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose. Comme il conduit rarement à la schizophrénie, il ne peut être considéré comme un état pré-psychotique, une schizophrénie pseudo-névrotique; de sorte 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 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, l'état-limite n'a pas de véritable symptôme paranoïaque et il ne présente pas davantage la symptomatologie achevée de l'hystérique ou de l'obsédé.

Brody (1960) met l'accent, pour sa part, chez ses patients en psychothérapie ou en analyse, sur la qualité particulière d'un transfert

qui tend à être puissant. Il relève également chez eux, dans la situation transférentielle, des manifestations d'allure psychotique liées à leur tendance à avoir recours, à titre transitoire, à des mécanismes de défense qu'il est habituel d'observer dans les états psychotiques. Cela rend compte de leur difficulté passagère à distinguer rêves et fantasmes de la réalité.

*
**

Cette incursion dans le temps et dans « l'espace psychiatrique » nous a amené à constater que chaque « pratique » psychiatrique a suscité le dégagement de concepts, certes différents, mais qui recouvriraient en réalité une même catégorie clinique : formes particulières et marginales de schizophrénie à partir de la pratique asilaire, déséquilibre à partir de la pratique médico-légale, névroses « atypiques » à partir de l'approche psychothérapeutique. Cette entité clinique se distingue aussi bien des organisations névrotiques que des états psychotiques, et en dépit des réserves de Hoch sur la place qu'il convient d'assigner à ses schizophrènes pseudo-névrotiques, réserves que nous avons mentionnées plus haut, Kernberg soutient qu'il s'agit bel et bien, comme d'ailleurs les schizophrénies ambulatoires de Zilboorg, d'états-limites : « Zilboorg et Hoch ont apporté des contributions fondamentales à l'analyse descriptive des conditions des états-limites, mais ils croient que ces patients sont des schizophrènes. » Après les descriptions de Stern, Knight, Eisenstein, Schmideberg, Wolberg, Parkin, qui cernent donc une même réalité, les travaux les plus récents vont s'attacher d'une part à légitimer ce concept, d'autre part à avancer des théories explicatives qui contribueraient à lui fournir une assise indiscutable. De fait, la plupart des auteurs, Modell, Kernberg, Grinker, entre autres, insistent sur le fait que l'étude descriptive ne peut guère apporter que des éléments diagnostiques de présomption. Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques, et plutôt qu'à un syndrome marqué par des symptômes spécifiques, l'état-limite renvoie à un diagnostic de *structure* et est essentiellement lié à la pathologie du Moi.

Grinker rapporte dans son livre les conclusions — non publiées par ailleurs — auxquelles sont parvenus seize psychanalystes régulièrement réunis sous les auspices du Séminaire de Psychanalyse pour post-gradués de l'Institut de Psychanalyse de Chicago. Il est intéressant

de relever que l'éventail clinique retenu au terme de ces travaux est assez large, puisqu'aussi bien sont inclus comme formes d'états-limites les troubles du caractère, les névroses de caractère narcissiques, les personnalités narcissiques, schizoïdes ou paranoïaques, les schizophrénies pseudo-névrotiques ou ambulatoires, certains caractères dépressifs des sujets présentant des épisodes dépressifs ou maniaques périodiques, certains alcooliques, des patients avec troubles psycho-sexuels, des pervers, des caractères obsessionnels sévères, et enfin de nombreux sujets porteurs de maladies psychosomatiques graves. Toutes ces différentes formes se distribuent selon un spectre de gravité croissante : au pôle névrotique, « le plus sain », ils situent les névroses de caractère narcissiques à qui la solidité des défenses narcissiques confère une apparence plus ou moins normale. Ces sujets ne consultent qu'après de sérieuses crises vitales qui font craquer leur armure. Ce groupe comprend également des sujets dont les défenses narcissiques ont bien résisté jusque-là, mais tombent avec l'âge ou la retraite. Au centre du spectre, ils placent la majorité des cas, les moins stables, les moins favorables, les plus erratiques et les plus perturbés dans leur activité : ces sujets tendent à passer à l'acte, à compenser leur sentiment de vide par l'alcool, et ils ont une « indulgence sexuelle excessive », ou au contraire aucune sorte d'excitation. Néanmoins ils s'arrangent pour préserver une adaptation réussie. Enfin, au pôle psychotique on trouve les patients les plus sévèrement atteints dans la mesure où l'on rencontre chez eux des idées paranoïaques, un sentiment de vide marqué, des relations d'objet très ténues et une adaptation des plus marginales. Ils restent néanmoins des états-limites du fait de leur résistance à la maladie psychotique.

Nous insisterons davantage sur les travaux de Kernberg (1967) et ceux de Grinker, Werble et Drye (1968) qui nous semblent être, avec l'étude de Bergeret (1970) en France, les synthèses les plus achevées concernant ce problème. Comme les états-limites lui paraissent aisément se distinguer des psychoses, Kernberg développe sa recherche dans le but de préciser les différences qui existent entre cette organisation de personnalité et les névroses. Il le fait dans une triple perspective : descriptive, structurale et psycho-dynamique, en accordant une attention particulière à la pathologie des relations d'objet, ce qui l'amène à relever, à partir de chacune de ces approches, le caractère éminemment *typique* de cette organisation de la personna-

lité. Les états-limites ont en effet en commun des constellations symptomatiques dont aucun élément, comme nous le signalions plus haut, n'est pathognomonique, mais dont la découverte de deux ou trois d'entre eux constitue des éléments de forte présomption. On ne peut manquer d'être frappé par la parenté qui existe entre ces tableaux décrits par Kernberg et ceux que Hoch et Polatin avaient mis en évidence dans les schizophrénies pseudo-névrotiques. Kernberg retient ainsi : 1. une anxiété particulière (chronique, diffuse, flottante, elle excède les capacités de recouvrement des autres symptômes); 2. une névrose poly-symptomatique : il peut s'agir de phobies multiples (elles concernent plus volontiers le corps propre que les situations extérieures et elles sont à l'origine d'inhibitions sociales sévères), de symptômes obsessionnels, de signes de conversion multiples élaborés et chroniques, de réactions hystériques et bien souvent de manifestations hypocondriaques dont l'association à des tendances paranoïaques réaliserait une combinaison typique; 3. les tendances sexuelles perverses polymorphes dont les caractéristiques sont, chez les états-limites, d'être chaotiques, multiples, mais surtout associées à une instabilité des relations d'objet, ce qui les distingue des actes et fantasmes observés chez les vrais pervers installés dans une déviation sexuelle stable; 4. les structures de personnalité pré-psychotique : « classiques », paranoïaques, schizoïdes, surtout hypomaniaques et cyclo-thymiques; 5. l'impulsivité névrotique. Kernberg se réfère ici à une pathologie caractérielle sévère marquée par des impulsions chroniques répétitives et liées à des besoins de gratifications instinctuelles intenses. Le clivage, sur lequel nous reviendrons un peu plus loin, est ici évident : le Moi est syntone pendant l'épisode impulsif et asyntone en dehors. L'alcoolisme, la toxicomanie, certains cas d'obésité psychogène, la cleptomane, en fournissent des exemples typiques. Ce syndrome est souvent confondu avec les déviations sexuelles particulières avec impulsions perverses réprouvées par le Moi et, également, avec certains troubles de la personnalité dominée par le passage à l'acte et caractérisée par un manque de contrôle pulsionnel plus généralisé, des combinaisons d'impulsions et de défenses plus chaotiques, un Moi moins syntone que chez les névrosés impulsifs; 6. des troubles du caractère que Kernberg situe au bas d'une échelle de gravité dont les niveaux sont fonction de l'importance relative des mécanismes répressifs (haut niveau) ou des mécanismes de clivage

(bas niveau). Ainsi, pour Kernberg, le caractère hystérique typique, le caractère obsessionnel dans la plupart des cas, les structures dépressives et les organisations masochiques les mieux intégrées, tous de haut niveau, ne se retrouvent pas dans les organisations de la personnalité des états-limites. En revanche, les personnalités « infantiles » et surtout les personnalités narcissiques auxquelles Kernberg apparente certains « as if » et certains antisociaux (de bas niveau) sont typiques des états-limites. Les « infantiles » ont une labilité émotionnelle plus généralisée et plus diffuse que celle que l'on observe habituellement chez les hystériques, leur manque de contrôle émotionnel est général et ils ont peu ou pas de conflits. Même s'ils ont une bonne adaptation en surface, ils méconnaissent les motivations des autres, et à la différence des hystériques, l'on retrouve moins d'implications sexuelles dans leur dépendance et leur exhibitionnisme. Ils sont plus « oraux », et leur exhibitionnisme a une tonalité « froide », moins génitale. Leur approche sexuelle est caractérisée par une provocation plus directe, plus crue et moins appropriée socialement que celle des hystériques, mais surtout ils se distinguent par la très faible stabilité de l'objet dans leurs relations affectives. Aussi, observe-t-on chez eux des oscillations rapides entre les sentiments positifs et des sentiments négatifs également intenses, et les conflits œdipiens n'ont pas l'importance qui leur revient chez les hystériques. La composante masochique est moins pure, précisément dans la mesure où leur Surmoi est moins élaboré. Les caractères narcissiques ont un meilleur contrôle pulsionnel et une bonne adaptation sociale apparente. L'on note chez eux une opposition entre la conception inflationniste qu'ils ont d'eux-mêmes (auto-référence excessive et besoin constant d'être admiré) et leur dépendance peu commune. Dominés par l'envie, ils tendent à idéaliser les personnes dont ils attendent des gratifications narcissiques, et à déprécier celles dont ils n'attendent rien et qui sont souvent leurs premières idoles. Ils nouent avec les autres des relations de type « exploiteur », sinon parasitaire, comme s'ils s'arrogeaient le droit de contrôler et de posséder les autres et de les exploiter sans culpabilité. Derrière une façade séductrice se cache une froideur impitoyable. Kernberg range encore dans ces caractères de « bas niveau », qui font le lit des états-limites, les sujets qui présentent des conduites auto-destructives primitives, avec auto-mutilation, suicide impulsif, manifestations colériques, sans véritable dépression. Chez eux, les conflits

pré-œdipiens sont prédominants et centrés par une fusion et une défusion primitives des pulsions sexuelles et agressives. En ce qui concerne la dépression, Kernberg fait remarquer qu'en tant que symptôme elle ne saurait être retenue comme un indice d'état-limite. Il est en effet important de l'envisager en fonction de sa « qualité » et de son intensité : plus elle est associée à d'authentiques sentiments de culpabilité, plus elle reflète une meilleure intégration du Surmoi, et plus est « élevé » le niveau de la pathologie du caractère. Il peut arriver en revanche qu'une dépression sévère, atteignant un degré psychotique, tende à produire une désorganisation du Moi sous la forme d'une dépersonnalisation dépressive et un sévère retrait hors de la personnalité; elle pourrait, dans ce cas, être considérée comme une indication d'état-limite. D'une manière générale, une dépression excessive et l'absence de dépression sont également des indices de « bas niveau » d'organisation caractérielle.

L'ouvrage de Grinker, Werble et Drye (1968) représente certainement la tentative la plus rigoureuse sur le plan méthodologique que l'on ait pu réaliser jusqu'ici pour définir clairement l'entité psychiatrique que représentent les états-limites. Les auteurs ne cachent pas d'ailleurs qu'ils cherchent à réhabiliter la nosologie psychiatrique sérieusement compromise, selon eux, par une masse de travaux psychanalytiques auxquels ils reprochent leur manque de rigueur et leur caractère essentiellement théorique, encore qu'ils leur reconnaissent le mérite d'avoir permis de dégager des modèles. Pour eux, les états-limites ne sont 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. Ils représentent effectivement un syndrome caractéristique d'un arrêt de développement des fonctions du Moi, et ils sont 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 ». Les patients étudiés dans le cadre de cette recherche menée à l'Institut Psychiatrique de l'Etat d'Illinois (I.S.P.I.) à Chicago, avaient été préalablement choisis sur la base des traits positifs et négatifs qu'il est classique d'attribuer aux états-limites et que les auteurs avaient puisés dans la littérature et dans leur expérience personnelle. Les

cinquante et un sujets retenus, tous des adultes jeunes, avaient comme caractère essentiel de n'être point des schizophrènes; en outre, ils 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 de 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 ces études les sujets qui souffraient de maladie dégénérative ou ceux qui avaient eu des troubles de mémoire manifestes après électrochocs. Grinker et coll. partent de l'hypothèse que les fonctions du Moi, isolées sur la base des théories psychanalytiques, peuvent être appréhendées à partir du comportement d'un patient. Ils 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 multi-factorielle de dégager de l'ensemble de leurs cas d'états-limites quatre groupes distincts les uns des autres. A l'aide de cette méthode, ils sont ainsi en mesure de répondre à la première question qu'ils s'étaient posée, à savoir « Qu'est-ce qu'un état-limite ? ». Ils définissent, d'une part les caractéristiques d'ensemble du syndrome et d'autre part les traits particuliers à chacun des quatre groupes isolés.

Les quatre composantes fondamentales extraites de l'analyse totale des données recueillies à partir de l'étude des fonctions du Moi sont : *l'agressivité*, en tant que principal ou seul affect que l'état-limite soit capable d'éprouver; *le trouble dans les relations affectives* qui sont anaclitiques, dépendantes, complémentaires, mais rarement réciproques; *un trouble de l'identité*, vraisemblablement en rapport avec la perte des relations affectives; *la dépression*, dont ils soulignent comme Kernberg, que sa 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*.

Outre ces composantes fondamentales, chacun des quatre sous-groupes isolés possède des caractères particuliers :

Le premier groupe, qu'ils désignent sous le terme d'« états-limites psychotiques », 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 la majorité d'entre eux reste non psychotiques et ils sont, en fait, proches de la désintégration — Les patients du second groupe qui constitue le « 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 leur passage à l'acte les protège contre la dépression — Les sujets du troisième groupe, groupe « as if », sont les seuls à avoir un comportement adapté, mais ils s'épuisent dans la recherche de leur identité et ils n'ont pas les réactions agressives caractéristiques du groupe I (l'état-limite psychotique); ils attendent passivement des autres une relation de complémentarité, et ont recours comme défense au *repli* et à l'intellectualisation — Les sujets du quatrième groupe (états-limites névrotiques) ont généralement une ressemblance frappante avec les névroses de caractère narcissique dont nous avons mentionné plus haut les traits que Kernberg leur attribuait. C'est chez eux — et chez eux seulement, semble-t-il — 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. Ce type de dépression, particulière à ce groupe, diffère dans une certaine mesure de celle que l'on observe couramment dans les trois autres et qui consiste dans un sentiment de solitude actuelle.

La démarche de Bergeret (1970) se distingue en partie de celle de Kernberg et de Grinker : la conclusion qui se dégage effectivement de la revue des différentes positions assignées aux états-limites — formes mineures de psychose, formes majeures de névroses, formes de passage entre névrose et psychose, situation nosologique indépendante — le détermine à les envisager en partant *d'abord* d'une réflexion et d'hypothèses sur la théorie de la clinique analytique. Il se demande si, « devant les oppositions d'opinions ainsi présentées..., les uns ne décrivent pas parfois l'évolution d'une même structure à des stades différents où symptômes et défenses peuvent varier, et si d'autres ne s'attachent pas davantage d'emblée à l'examen de la véritable structure profonde, fixe et définitive plutôt qu'à son évolution superficielle »; et il craint que « les cliniciens décrivant un nombre de plus en plus grand de patients correspondant à cette catégorie, les auteurs y rattachant sans cesse de nouvelles entités... le groupe des états-limites ne devienne rapidement un vaste fourre-tout assez

informe, si l'on ne cherchait pas à mettre un peu de clarté sur le plan de l'économie profonde et de l'unité d'organisation commune à tous ces syndromes autrefois bien épars ». Il est donc amené à les étudier en se plaçant essentiellement dans une perspective structurale et économique, analyse sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin. Pour lui, « 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 ». A côté des deux principales structures, la structure psychotique et la structure névrotique qu'il considère comme « distinctes, sans possibilité de passage de l'une à l'autre dès qu'elles sont définitivement et solidement établies », les états-limites se présenteraient « comme une troisième lignée psychopathologique ». Aussi, outre les aménagements pervers et caractériels, Bergeret décrit-il un certain nombre de formes cliniques selon le mode d'évolution de ce qu'il considère comme le « tronc commun aménagé de l'état-limite : des formes à la limite de la psychose, des formes à la limite des névroses et des formes de la sénescence ». Les premières se retrouvent assez souvent dans les domaines artistiques et philosophiques où l'état-limite qui se comporte comme « en personnalité roseau » réussit moins bien que le psychotique de structure ; les secondes peuvent prendre des formes pseudo-hystériques, proches de l'hystérie de conversion — comme Kernberg, il note l'absence d'érotisation des investissements corporels et le caractère régressif d'un dialogue « par le corps et avec le corps, beaucoup plus près du langage psychosomatique » qui s'inscrit sur une manipulation qui est plus agressive que génitale — ou proches de l'hystéro-phobie : certaines phobies d'impulsion, des éreutophobies, des cas d'agoraphobie et de claustrophobie « où le niveau génital n'est visiblement pas atteint et où la menace dépressive perce distinctement derrière le symptôme », des manifestations phobiques dites « hypocondriaques » ou des phénomènes phobiques de la période gravidique. Ces états-limites à la limite des névroses peuvent encore prendre des formes pseudo-obsessionnelles qui, comparées aux névroses obsessionnelles vraies, sont caractérisées par une souplesse qu'attestent des projections plus abondantes, plus faciles et davantage interchangeableables, et un besoin d'estime plutôt qu'un besoin de punition, ce qui permet à ces sujets une meilleure efficacité, entre autres dans les carrières plus ou moins scienti-

fiques où ils se dirigent parfois. Les formes de la sénescence enfin, s'observent chez des gens actifs connus socialement, « ayant eu jusque là besoin d'être considérés comme « hyper-normaux » autour d'eux ». A l'occasion d'un traumatisme apparent quelconque, l'état-limite s'objective sous la forme « d'un état aigu d'angoisse, évoluant vers les troubles organiques sérieux ou vers une démence sénile... ou une affection psychosomatique ou certaines névroses assez focalisées mais très intenses ». Pour Bergeret, l'anamnèse, quand elle est possible, permet de retrouver un traumatisme affectif remontant au tout début de la période œdipienne qui aurait figé l'évolution de la personnalité « dans une pseudo-latence précoce et un silence de l'évolution libidinale à la fois très précoce et très prolongée », de telle sorte que le Moi « ne se serait jamais « cristallisé » dans une organisation structurée selon le mode névrotique ou psychotique, mais aurait été maintenu ainsi longtemps dans cette sorte d'équilibre instable, aménagé, qui caractérise les états-limites ».



Kernberg fait observer que la contribution la plus importante pour *la compréhension des états-limites* provient de l'analyse de la pathologie de leurs relations d'objet, et, à cet égard, il souligne que l'article d'Hélène Deutsch sur les personnalités « as if » (1934) peut être considéré comme la contribution première et fondamentale. De fait, toutes les théories explicatives d'inspiration analytique qui seront ultérieurement proposées pour les états-limites se réfèrent à ces découvertes. Brossant un tableau clinique de ces sujets, H. Deutsch faisait remarquer qu'ils ne semblent pas être conscients de la défectuosité de leurs sentiments et qu'ils ont en apparence une bonne intelligence. Ils sont parfois doués de talent, montrent une expressivité émotionnelle bien contrôlée, et impressionnent souvent leur entourage en établissant des relations d'amitié. Néanmoins, tôt ou tard, les gens qui les fréquentent se rendent compte de la fausseté de leur attitude. Il est d'ailleurs important, précise H. Deutsch, de les distinguer des sujets chez lesquels derrière une façade de froideur l'on décèle des sentiments puissants et hautement différenciés. Une observation approfondie révèle que ces personnalités « as if » ont subi une perte d'objet fondamentale et que leur comportement extérieur est simplement « mimique », en rapport avec un type d'identification archaïque. Leur capacité d'iden-

tification est en réalité déconcertante, de telle sorte qu'ils paraissent caractérisés par les changements quasi « kaléidoscopiques » qui surviennent dans leur comportement et reflètent la personnalité des individus les plus variés avec lesquels ils sont amenés à entrer en contact. Atkin, résumant les observations d'Hélène Deutsch à un Colloque consacré aux aspects cliniques et théoriques des personnalités « as if » (1965), retient six points dans cette description : 1) le stade primitif des relations objectales sans constance de l'objet; 2) un développement rudimentaire du Surmoi avec une anxiété manifeste encore prédominante; 3) la prévalence des processus d'identification primaire; 4) l'absence de sens de l'identité; 5) le caractère superficiel des émotions et la pauvreté générale des affects; ce dont les sujets sont inconscients; 6) l'impossibilité pour ces sujets de se mettre à la place des autres, ce qui serait un aspect de leur état narcissique. Dans ces conditions, les fonctions de la réalité sont troublées mais son appréhension est suffisamment préservée pour que ces sujets puissent être différenciés des psychotiques. Deux de ces sujets « as if » traités, revus 30 ans après les premières descriptions, avaient certes réussi sur le plan professionnel, mais continuaient à user du même mode de relation inter-personnelle.

Greenson (1955) incrimine pour sa part un trouble des premières relations d'objet dans la genèse des défaillances observées dans le développement des fonctions du Moi chez les états-limites. Il attribue, dans la plupart des cas, ce dysfonctionnement à des traumatismes très précoces, et plus particulièrement à un excès de stimulations sexuelles survenant dans les premières années de l'existence, submergeant le Moi d'excitations.

Gitelson (1958), rapportant en détail la psychanalyse d'un cas, décrit cette défaillance du Moi comme une *distorsion* qui présente en quelque sorte l'avantage de tenir à distance le flot des pulsions instinctuelles du sujet. Cet aménagement particulier, replacé dans une perspective économique, nous permet de concevoir comment au travers d'une variété de dispositifs névrotiques et psychotiques le patient s'arrange en fin de compte pour échapper à une décompensation totale. Le schéma étiologique général se dessine ainsi : à la suite de stress inhabituels marquant les relations aux premiers objets (à la mère en particulier) s'installent des troubles prégénitaux dans l'économie de la libido et de l'agressivité, en même temps que le Surmoi est

entravé dans son développement et qu'interviennent au niveau des fonctions du Moi des mécanismes compensatoires qui s'expriment par des ajustements internes et externes qui ont une valeur adaptative.

Modell (1963) use précisément d'une formule heureuse pour situer le dilemme de l'état-limite. C'est celui du « porc-épic » : « 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 d'autres auteurs, il insiste sur l'existence de troubles de l'identité et des relations affectives qui lui paraissent basées sur une identification primaire plutôt que sur l'amour, avec une identité empruntée au partenaire. Il retrouve chez les états-limites des fantasmes de destruction primitifs, des régressions temporaires et limitées, et le désir d'avoir des protecteurs omnipotents avec une énorme dépendance à l'égard des objets externes, et en même temps une peur intense du « rapproché ». Ces descriptions ne sont pas sans rappeler étroitement celles que Bouvet a données des pré-génitaux.

C'est à Kernberg que revient le mérite d'avoir amplifié ces notions et de les avoir insérées dans un ensemble d'une cohérence remarquable. L'analyse structurale de l'organisation de la personnalité des états-limites à laquelle il procède, tout en prenant son assise sur la topique freudienne, se réfère à la psychologie du Moi telle qu'elle a été développée par Hartmann distinguant essentiellement les structures cognitives (processus de pensée primaire et secondaire) des structures défensives (mécanismes de défense et aspect défensif du caractère) et à une étude des relations d'objet envisagée dans une perspective kleinienne. Il décrit ainsi successivement : 1) des manifestations non-spécifiques de faiblesse du Moi; 2) une prépondérance des processus primaires de pensée; 3) des processus défensifs spécifiques; 4) une pathologie caractéristique des relations d'objet.

Les *manifestations non-spécifiques de faiblesse du Moi* consistent : en un manque de tolérance à l'anxiété qu'il est parfois difficile d'apprécier avec exactitude, un manque de contrôle pulsionnel qui peut quelquefois refléter les opérations défensives hautement spécifiques, lorsque, au moment du passage à l'acte, le Moi et les pulsions sont syntones, un manque de capacités de sublimation qui s'objectiverait dans l'absence d'hédonisme et de plaisir créateur — La prépondérance des processus primaires de pensée doit être considérée comme l'indice

structural le plus important de l'organisation de personnalité des états-limites. Peu évidente à un examen clinique banal, elle nécessite, pour être détectée, le recours à des tests projectifs et plus particulièrement à ceux qui appellent des réponses à des stimuli non structurés.

L'étude des *opérations défensives spécifiques* représente la contribution la plus originale du travail de Kernberg. Il les identifie en se plaçant résolument dans une perspective kleinienne, après avoir rappelé les grandes lignes de cette conception du développement des premières relations objectales : « une tâche essentielle dans le développement et l'intégration du Moi consiste dans la synthèse des introjections et identifications précoces et tardives, dans une identité du Moi stable ». A la phase paranoïde que Mélanie Klein situe dans les quatre premiers mois de l'existence, les pulsions libidinales et agressives (sadiques orales) coexistent d'emblée, l'objet est partiel, et l'introjection et la projection sont les processus prévalents. Le Moi naissant étant incapable d'exercer ses fonctions intégratives a recours à un mécanisme défensif essentiel qui est le *clivage* : clivage de l'objet partiel (« bon » objet gratifiant lié aux introjections et projections positives — « mauvais » objet frustrant lié aux introjections et projections négatives) et, corrélativement, clivage du Moi en « bon » Moi et « mauvais » Moi. Ce clivage vise à prévenir la généralisation de l'angoisse intense de nature persécutive qui résulte de l'introjection du mauvais objet (risque interne de destruction) et à protéger le noyau du Moi construit autour des introjections positives du bon objet établi sous l'influence des pulsions libidinales.

Ultérieurement, au cours de la phase dépressive (du 4^e mois à la fin de la première année), le développement de la fonction intégrative du Moi rend possible l'appréhension et l'introjection d'un objet total, de telle sorte que les caractères « bons » et « mauvais » des objets ne sont plus séparés par un clivage, mais, sous l'influence des pulsions libidinales agressives unies, rapportés à un même objet. A l'état normal, le clivage et les mécanismes défensifs qui en dérivent cèdent la place à des opérations de plus haut niveau centrées par la répression (formation réactionnelle, isolation, et tout ce qui permet le rejet d'un dérivé pulsionnel ou de sa représentation hors du champ du Moi conscient). Kernberg précise qu'il est essentiel de distinguer dans cette internalisation des relations d'objet deux fonctions essentielles du Moi qui se succèdent dans des délais rapides : 1) la *différenciation* des

images de l'objet à partir des introjections et des identifications précoces que favorise une gratification des demandes instinctuelles et leur frustration mesurée — par l'absence qu'elle suscite, la frustration contribue en effet à différencier le Moi du non-Moi; 2) l'intégration des images de soi et de l'objet édifiées sous l'influence des pulsions libidinales avec les images de soi et de l'objet édifiées sous celle des pulsions agressives dans des représentations de soi et de l'objet qui soient *totales*, et, de la sorte, permettent une appréhension plus objective de la réalité. Pour Kernberg, cette distinction entre ces deux processus a une grande importance en pathologie dans la mesure où leur atteinte élective permet de différencier les psychoses des états-limites. Dans les psychoses, la défaillance se situe au niveau de la différenciation entre l'image de soi et de l'objet, avec la *fusion régressive* qui en résulte et la différenciation entre le Moi et le non-Moi. Les frustrations excessives des demandes instinctuelles (orales en particulier) sont vraisemblablement la cause principale de ce manque de différenciation entre le Moi et les objets, dans la mesure où elle renforce la disposition normale à régresser sur un mode fusionnel. A l'inverse, ce qui prédomine dans les états-limites, c'est non pas la fusion entre le Moi et l'objet mais une *intensification et une fixation pathologique des processus de clivage*. Le défaut majeur réside ici dans l'incapacité de réaliser une synthèse des introjections et des identifications positives (liées aux pulsions libidinales) et négatives (liées aux pulsions agressives). Dans ces circonstances, les états contradictoires du Moi sont activés de façon alternante, et aussi longtemps qu'ils resteront ainsi séparés les uns des autres l'anxiété sera prévenue. Il est essentiel cependant de souligner qu'un tel mécanisme est naturellement *très dommageable* pour les processus intégratifs qui visent normalement à cristalliser le Moi sous une forme stable et unitaire : il engendre le syndrome de l'identité diffuse décrit par Erickson. Néanmoins, le fait que les images de soi et des objets soient relativement différenciées les unes des autres permet de comprendre pourquoi, en l'absence de fusion régressive, les fondements du Moi soient établis sans trouble majeur, et qu'en conséquence l'état-limite maintienne une capacité relative d'appréhension de la réalité. En revanche, le trouble dans la fonction de synthèse impose le recours au clivage comme un mécanisme essentiel pour préserver le « bon Moi » et les « bons objets » du danger du Moi et des objets « tout mauvais ».

— *Le clivage*, mécanisme de défense essentiel dans les états-limites, est en même temps une cause fondamentale de la faiblesse du Moi, mais comme le Moi faible à électivement recours à ce procédé on assiste à l'établissement d'un véritable cercle vicieux. Cliniquement, il apparaît sous la forme d'expression d'aspects complémentaires d'un conflit dans certains troubles du caractère, associé au déni et à l'absence de critique concernant la contradiction que l'on peut observer entre le comportement d'un patient et son expérience vécue. Il peut encore se manifester directement dans un manque de contrôle pulsionnel sélectif, comme nous l'avons mentionné plus haut, mais c'est encore dans la division des objets externes en « tout bons » et « tout mauvais », avec les transformations rapides et abruptes dans les sentiments et les concepts relatifs aux personnes ou aux choses qu'il est encore le plus évident.

— *L'idéalisation primitive* consiste à attribuer aux objets externes une qualité totalement bonne dans le but de les utiliser comme protection contre les mauvais objets. Manifestation directe d'une structure fantasmatique primitive en rapport avec un simple besoin de protection, elle contribue à affaiblir le développement du Surmoi, à favoriser une identification omnipotente à l'objet idéalisé et à obtenir des gratifications narcissiques.

— *L'identification projective* permet à l'état-limite de projeter sur les objets extérieurs pour les contrôler ce qu'il ressent de « mauvais » en lui et qui est en rapport avec l'intensité de ses pulsions agressives. Par l'effet de la « retaliation », ces objets sont vécus comme dangereux, ce qui peut conduire à une indifférenciation entre le Moi et l'objet et déboucher sur des états de dépersonnalisation.

— *Le déni* est ainsi décrit par Kernberg : « Le patient est conscient du fait qu'à un certain moment, les perceptions, pensées et sentiments à propos de lui-même ou d'autres personnes sont en opposition complète avec ceux qu'il avait eus à d'autres moments; mais il n'y a aucune implication émotionnelle dans son souvenir et cela ne peut influencer sa nouvelle manière de sentir. A un autre moment, il pourra revenir à cet état antérieur et il niera le présent, tout en en gardant le souvenir, mais avec une incapacité complète à associer une manifestation émotionnelle à ces deux états du Moi ». Manifestation primitive, le déni se distingue de la négation dans la mesure où ce mécanisme de défense plus élaboré suppose que la composante émotionnelle de ce qui est nié n'a jamais été présente à la conscience et reste refoulée.

— *L'omnipotence et la dévaluation* procèdent également du clivage et représentent des manifestations d'un retour défensif des identifications et des introjections primitives. Les états-limites oscillent entre le désir d'établir à un certain moment une relation de dépendance et d'accrochage à l'objet magique idéalisé, et à d'autres moments le sentiment de leur toute-puissance que trahissent leurs comportements et leurs fantasmes. Kernberg note que « le besoin de contrôler les objets idéalisés, pour les utiliser dans leurs tentatives de manipuler et d'exploiter l'environnement et « détruire les ennemis potentiels », est lié à un orgueil immodéré qu'ils tirent de la « possession » de ces objets parfaits qui leur sont destinés en totalité ». La composante mégalomane perce derrière les sentiments d'insécurité, d'autocritique et d'infériorité que ces états-limites peuvent présenter et qui prennent souvent la forme d'une conviction puissante inconsciente qu'ils ont le droit d'attendre des gratifications des autres et d'être traités d'une façon privilégiée.

Etudiant les *caractères particuliers des relations d'objet* dans les états-limites, Kernberg souligne encore l'importance de plusieurs composantes :

— l'interférence du clivage et les opérations de synthèse permettent une différenciation du Moi et des objets suffisante pour éviter la régression fusionnelle psychotique — la nature excessive de l'*agressivité primaire* et de l'*agressivité secondaire à la frustration* qui lui paraît représenter le facteur étiologique principal — l'absence d'interpénétration des pulsions agressives et libidinales que nous avons déjà mentionnée — la faiblesse du Surmoi.

L'intervention de ces différentes composantes ne manque pas d'avoir des conséquences importantes sur le comportement relationnel de l'état-limite : en particulier, Kernberg souligne qu'*il est incapable de faire l'expérience d'une véritable dépression* qui soit liée à des sentiments de culpabilité, puisque cette capacité apparaît précisément lorsque les bonnes et mauvaises images des objets sont intégrées dans un objet total. Chez lui, la dépression ne se marque jamais que sous des formes primitives de rage impuissante ou de sentiment de défaite sous la pression de forces extérieures. Chez l'état-limite, toute relation affective ne peut que revêtir un *caractère superficiel* en raison du retrait défensif auquel il procède pour éviter l'émergence de pulsions

libidinales et agressives non fusionnées, mais aussi le recours à l'idéalisation primitive de l'objet dont nous avons vu plus haut combien elle pouvait être dangereuse. Kernberg note encore *l'expression crue* de leurs visées génitales et pré-génitales largement infiltrées d'agressivité, et le caractère « *as if* » qu'il rapproche de ce que Erickson a décrit sous le terme de diffusion de l'identité et qui lui paraît être pathognomonique de l'état-limite.

D'un point de vue psychodynamique, Kernberg retient la formation chez l'état-limite, en raison de l'intensité des frustrations précoces et de l'agressivité, d'une image « père-mère » contaminée et dangereuse, avec un développement prématuré des conflits œdipiens et une condensation des visées génitales et pré-génitales dont le résultat le plus évident est le développement d'une sexualité perverse polymorphe.

Le schéma proposé par Bergeret se rapproche de celui de Kernberg et, d'une façon plus générale, du modèle kleinien des états-limites et des névroses graves centrés par une dépendance servile à l'égard des « bons objets » externes (alors que les états psychotiques sont caractérisés par une fuite vers « le bon objet » intériorisé qui implique une négation de la réalité). Bergeret insiste cependant sur la notion de l'importance du *traumatisme psychique* subi à cette phase intermédiaire où le Moi a dépassé le danger psychotique de morcellement et de fusion régressive, mais n'a pas encore accédé à une relation d'objet génitale. Il pense que ce traumatisme doit être pris au sens affectif du terme, comme, par exemple, une tentative de séduction sexuelle quelconque de la part d'un adulte. « Autrement dit, l'enfant est entré à ce moment-là trop précocement, trop brutalement et trop massivement en contact avec les données œdipiennes; il n'aura pas la possibilité de négocier une économie triangulaire et génitale, comme pourrait le faire un peu plus tard et mieux équipé, soit un névrotique, soit à plus forte raison un individu « normal ». Ce traumatisme joue, selon lui, le rôle de « premier désorganisateur » de l'évolution psychique du sujet. Il fige l'évolution libidinale dans une sorte de « pseudo-latence » que Bergeret considère précisément comme « le tronc aménagé » de l'état-limite. Ce tronc commun, dont Bergeret souligne qu'il n'a pas la fixité ni la spécificité définitive des structures psychotiques et névrotiques, peut évoluer spontanément vers un aménagement caractériel ou pervers, mais aussi éclater sous l'influence d'un deuxième traumatisme psychique qui jouerait le rôle de « deuxième désorganisateur » en

s'exprimant, par exemple, sur le mode bruyant d'une crise d'angoisse aiguë. L'état-limite décompensé pourrait alors recourir à un système plus efficace de défense et d'adaptation qui serait névrotique, psychotique ou psychosomatique.

L'opinion de Grinker, Werble et Drye sur *ces données étiopathogéniques* est beaucoup plus nuancée et circonspecte. Au terme de leur recherche, ils concluent que la méthode d'observation comportementale étayée par une méthode statistique basée sur l'analyse multifactorielle qu'ils ont utilisée, leur a permis de répondre de façon satisfaisante à la question de savoir ce qu'est un état-limite et d'en définir le syndrome avec ses sous-groupes. Elle laisse en revanche sans réponse les autres questions que l'on pourrait se poser : « Comment devient-on un état-limite ? », « Pourquoi le devient-on ? ». *Il leur paraît 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 génétique, héréditaire, familial ou écologique qu'ils ont passés en revue ne leur paraît spécifique. L'hypothèse de Kernberg relative à l'intervention d'un facteur constitutionnel dans la perte de l'autonomie primaire et la simple tolérance à l'anxiété et le développement excessif des pulsions agressives, leur semble être une spéculation pure. Ils ne retiennent pas davantage les explications avancées par Bernstein qui voit dans l'éroussement du sens de la réalité et de l'identité de l'état-limite la résultante d'une répression massive exercée par la société par le biais de l'influence parentale. Le développement culturel actuel est marqué par un conformisme excessif au modèle social proposé et une restriction des possibilités d'expression. Dans ces conditions, devant les exigences parentales l'enfant se voit contraint d'abandonner ses propres motivations et de rester dépendant des valeurs de sa mère, de telle sorte que son adaptation soit conditionnée par les efforts qu'il déploie pour s'abstenir d'exprimer ses propres désirs. Il est intéressant de rapprocher ce point de vue de celui de Brisset sur l'accroissement de la répression observé en pathologie mentale et objectivé par une fréquence accrue des maladies psychosomatiques et des névroses obsessionnelles qu'il est possible de mettre en relation avec une complexification toujours plus grande de nos types de société. De fait, les tableaux psychiatriques décrits dans les sociétés traditionnelles ou en psychopathologie rurale sont beaucoup plus expressifs et aussi plus « typiques ». Grinker, Werble et Drye pensent que l'on pourrait effectivement tenter de répondre à la ques-

tion de savoir « Pourquoi l'on est un état-limite ? », en abordant le problème dans sa dimension socio-culturelle, mais ils conviennent, qu'actuellement du moins, si l'on s'attache à rester sur un plan exclusivement scientifique et à ne pas chercher des explications d'ordre philosophique, aucune réponse n'est satisfaisante.

**

En conclusion, cette étude de l'évolution du concept d'état-limite nous a amené à parcourir un champ étendu de la littérature psychiatrique, et sans doute avons-nous omis de citer nombre d'auteurs et de travaux. Si ce sujet oblige ainsi à la réflexion, c'est qu'il concerne une catégorie de patients dont la particularité est d'avoir de tout temps intrigué les cliniciens. Ils ont pu être décrits, tour à tour, sous des appellations différentes qui variaient selon les modalités précises de la pratique psychiatrique du moment. Il paraît désormais acquis qu'*en tant qu'entité morbide*, les états-limites ont droit de cité dans la nosologie psychiatrique aux côtés des grandes catégories existantes. Ils réalisent une combinaison de troubles névrotiques, psychotiques et caractériels et de composantes normales, instables dans leur distribution, mais qui s'inscrivent paradoxalement dans une organisation stable dont la spécificité structurale a pu être remarquablement mise en évidence par les études psychanalytiques. Plutôt que le résultat d'une régression, l'état-limite semble être lié à une véritable *distorsion* du Moi réalisée à un stade précoce du développement psycho-affectif.

La question de savoir s'il existe aussi une personnalité « limite » qui s'ajouterait au syndrome proprement dit (conception extensive) et prendrait place aux côtés des autres structures de personnalité, est plus problématique, comme l'est aussi celle de leur déterminisme, mais sans doute est-ce là un domaine dont ils sont loin d'avoir l'exclusivité en psychopathologie. Pour séduisantes qu'elles soient, les théories psychanalytiques n'ont pu encore formellement démontrer l'influence des facteurs psychodynamiques, et il ne semble pas d'autre part que l'on soit autorisé à retenir celle de facteurs constitutionnels ou socio-culturels.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de ces études a déjà largement dépassé le seul plan théorique puisqu'elles ont pu déboucher sur une pratique thérapeutique originale qui se distingue tout autant des traitements utilisés dans les états psychotiques que des cures psychothérapiques entreprises chez les névrosés.

LES SCHIZOPHRÉNIES PSEUDO-NÉVROTIQUES

P. H. HOCH et P. POLATIN

(Pseudo-neurotic forms of schizophrenia on Psychiat. Quart., 23 : 248-276, 1949.)

I. Troubles des processus de pensée :

Processus primaires, condensation, déplacement.

Intellectualisation des émotions.

Pensée paralogique, illogisme, pensée catathymique, avec quelquefois impossibilité de raisonnement abstrait.

Concepts inflexibles et stéréotypés envers eux-mêmes, l'autorité, les institutions.

Inaptitude à différencier la fantaisie de la réalité avec tendance aux discussions ésotériques. Le sujet évolue dans le domaine de la fantaisie, il confond les buts, les finalités, les intentions et il vit en permanence dans le vagabondage intellectuel, la confusion des fins et des moyens, essayant de faire des choses pour lesquelles il n'a pas d'aptitudes.

Troubles de l'auto-estimation: sentiment d'infériorité, d'échec, avec mécanismes compensatoires, surestimation et hypertrophie du Moi.

Type sensitif : phénomène d'auto-référence entraînant une grande susceptibilité avec le sentiment d'être critiqué. Tout ce qui se passe dans le monde extérieur a un sens pour leur « Moi ».

Narcissisme extrême... ces sujets sont très préoccupés d'eux-mêmes, de leur habillement, de leur corps, de leurs actions, bien qu'ils aspirent à un plus grand contact avec la réalité avec laquelle ils craignent de perdre la relation.

II. Troubles de l'organisation psychosexuelle :

Chez beaucoup de ces malades, on trouve un mélange de tous les ni-

J. P. CATTEL

(A psychodynamic view of pseudo-neurotic schizophrenia, in Hoch and Zubin, A Psychopathology of schizophrenia; N. Y., London, 1966.)

SYMPTÔMES CLINIQUES PRIMAIRES

I. Désordres de la pensée et des associations :

A) Processus de pensée :

- 1) Evidence de caractères de processus primaires de pensée.
- 2) Troubles de la continuité de la pensée et de la pensée dirigée vers un but.
- 3) Troubles de la fluidité de la pensée.
- 4) Troubles de la conscience, de l'attention et de la concentration.
- 5) Atteinte des processus de formation des concepts.

B) Contenu :

- 1) Contenu dominé par des concepts et attitudes stéréotypées et anachroniques.
- 2) Distorsion des concepts de soi, de l'image du corps, du monde et des relations avec les choses.
- 3) Concepts rigides et distordus de la signification et de l'utilisation de l'intelligence, de l'émotion et du comportement.
- 4) Concepts chaotiques de la sexualité.

veaux de développement libidinal... Beaucoup de ces sujets n'atteignent pas le stade génital de la sexualité et sont par conséquent aptes à manipuler uniquement les traits pré-génitaux. Leur *organisation sexuelle est polymorphe* : craintes homosexuelles, sentiment d'angoisse corrélatif entraînant l'élaboration de mécanismes de défense analogues à ceux que l'on observe dans les névroses, à cette différence près que les sujets se laissent parfois dominer par leurs perversions sexuelles.

III. Comportement affectif :

Hypersensibilité aux stimulations émotionnelles. Ambivalence extrême — en fait, il ne s'agit pas tant d'une ambivalence que d'une polyvalence.

Connexion émotionnelle inadéquate, altération de la régulation émotionnelle, avec volubilité, insuffisance, manque de modulation et de souplesse dans le jeu des émotions. Absence ou réponses inadéquates aux situations.

Incapacité de régler l'agressivité — ce qui semble bien être le trait dominant — avec une oscillation entre la soumission et le défi (qui rappelle l'oscillation entre l'automatisme et le négativisme de la catatonie).

Ambivalence prononcée du comportement en général, particulièrement dans les situations génératrices de tension : les sujets ne savent jamais s'ils doivent céder ou combattre.

Anédonie (incapacité d'expérimenter le plaisir) : « le sujet est dominé par ses manifestations névrotiques qui changent constamment mais ne sont jamais complètement absentes. Ils essaient en même temps de forcer les expériences agréables mais sans succès... Je ne peux ressentir, je ne peux expérimenter... »

Déficit d'empathie — « Je ne peux ressentir ce que les autres ressentent ».

En conséquence, ils multiplient des expériences qui leur font éprouver

II. Désordres de la régulation émotionnelle :

A) Formes :

- 1) Evidence de quelques caractéristiques de processus primaires de fonctionnement.
- 2) Seuil bas de l'anxiété.
- 3) Hétérogénéité des réponses émotionnelles, instabilité émotionnelle avec dysrégulation de la profondeur des émotions.

- 4) Inertie dans l'engagement, le maintien et la terminaison des réponses émotionnelles.
- 5) Atteinte de l'aptitude à choisir et à régler l'agression et la défense.

- 6) Réactions émotionnelles complexes et intriquées.
- 7) Période de latence entre la perception d'un stimulus et la reconnaissance consciente de la réaction émotionnelle associée.

B) Contenu :

- 1) Intolérance à la tension entraînant une anxiété diffuse.
- 2) Atteinte de la syntonie entraînant une anédonie.
- 3) Atteinte de l'empathie avec susceptibilité et seuil bas de la réaction de repli.
- 4) Exploitation des autres dans l'effort pour expérimenter l'émotion.
- 5) Rejet de la sensibilité émotionnelle, intellectualisation des émotions.
- 6) Désir ardent de stimulation, de protection et de dépendance.
- 7) Effort pour une gratification rapide, magique des besoins.

P. H. HOCH et P. POLATIN
(suite)

des sentiments et des émotions, en particulier des expériences sexuelles qui conduisent le plus souvent à des aberrations.

Ambivalence en ce qui concerne le désir de protection, adhérence aux parents (mère), mais lutte contre ce désir.

Indice de frustration très bas : nécessité de gratification rapide.

Tendance compulsive.

Levée paradoxale des inhibitions.

Les signes caractéristiques pour HOCH et POLATIN paraissent être :

- la *pan-angoisse* (1);
- la *pan-névrose* (2);
- la *pan-sexualité*.

J. P. CATTEL
(suite)

III. Désordres du fonctionnement sensori-moteur et autonome :

- 1) Atteinte de l'intégration des perceptions sensorielles.
- 2) Atteinte dans le choix et le maintien des réponses motrices.
- 3) Somatisation des réactions émotionnelles avec dysfonction autonome.
- 4) Atteinte de l'intégration sensori-motrice et du système autonome dans le fonctionnement psychosexuel.
- 5) Dysrégulation dans l'énergie.
- 6) Recherche de patterns sensoriels et moteurs comme substitut de stimulus approprié de pensée, sentiment et action.

SYMPTÔMES CLINIQUES SECONDAIRES.

- 1) Pan-anxiété.
- 2) Pan-névrose.
- 3) Pan-sexualité.

(1) Ces sujets ont un potentiel d'angoisse extrêmement élevé, avec une tension constante qui accompagne tous leurs actes. L'activité la mieux intégrée est encore le travail. « Plusieurs de ces sujets, à l'encontre des névrosés habituels présentent une structuration à base d'anxiété envahissante et différente. C'est une anxiété polymorphe, dans ce sens que quelle que soit la manière dont la personne essaie de s'exprimer, elle ne trouve aucune issue et l'angoisse se manifeste toujours.

(2) Ces sujets n'ont habituellement pas une ou deux manifestations névrotiques différentes, mais *tous les symptômes connus dans les névroses sont présents en même temps* : symptômes de conversion, manifestations hystériques grossières, troubles neuro-végétatifs, phobies, phénomènes obsessivo-compulsifs.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY (P.) : Démences précoces, syndromes discordants, névroses déstructurées ou schizophréniques. *Ann. Méd.-psychol.*, 119, 1 : 67-77, 1961.
- ACKERMAN (N. W.) : *The Psychodynamics of Family life. Diagnosis and Treatment of family Relationship*. Basic Books, N. Y., 379 p., 1958.
- ARNAUD (F. L.) : Psychoses constitutionnelles, in BALLEST G. : *Traité de Pathologie mentale*. Doin éd., Paris, 1903.
- BERGERET (J.) : Les états-limites. Réflexions et hypothèse sur la théorie de la clinique analytique. Conférence donnée à la S.F.P. *Rev. franç. Psychanal.*, 1970.
- BERGERET (J.) : Les états-limites. *Encycl. Méd. Chir.-Psychiatrie*, fasc. 37395 A 10, 1970.
- BERNSTEIN (H.) : Identity and Sense of Identity. *Bull. Philadelphia Assoc. Psychoanal.*, 14 : 158-159, 1964.
- BLEULER (E.) : La Schizophrénie. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues de Langue française*, Genève-Lausanne, Masson éd., Paris, 1926.
- BONNARD (A.) : Primary Process phenomena in the case of a Border-Line psychotic child. *The Intern. J. Psychoanal.*, 48, 2 : 221-236, 1967.
- BOREL (J.) : *Le déséquilibre psychique*. P.U.F. édité, Paris, 378 p., 1947.
- BOUVET (M.) : *Œuvres Psychanalytiques* (T I et II). Payot édité, Paris (436 et 310 p.), 1967.
- BRISSET (Ch.) : Hystérie et pathologie psychosomatique. *La Rev. du Praticien*, XIV, 11 : 1459-1470, 1964.
- BRODY (E. B.) : Borderline states, character disorder and psychotic manifestations. Some conceptual formulations. *Psychiatry*, 23 : 75-80, 1960.
- CARRAZ (Y.) et GROSCLAUDE (M.) : Le profil psychologique de l'Héboïdophrène. *Ann. Méd. psychol.*, 127, I : 409-418, 1969.
- CATTELL (J. P.) : A psychodynamic view of pseudo-neurotic Schizophrenia, in : HOCH (P.) et ZUBIN (J.) : « *Psychopathology of Schizophrenia* », N. Y.-London, 1966.
- CHAZAUD (J.) : Recherches sur l'Héboïdophrénie. Une étude de la Schizophrénie à symptomatologie dite « caractérielle » prévalente. *Thèse*, Paris, 224 p., 1961.
- CHAZAUD (J.) : Vues sur l'Héboïdophrénie. *Encéphale*, 53, 6 : 671-685, 1964.
- CLARK (L. P.) : Some Practical Remarks upon the Use of Modified Psychoanalysis in the Treatment of Borderline (Boderland) Neuroses and Psychoses. *Psychoanal. Review*, 6 : 306-315, 1919, in : GRINKER (R. R. Sr.), WERBLE (B.) et DRYE (R. C.) : « *The Borderline syndrome, a behavioral study of ego-functions* », N. Y., Basic Books, 1968.
- CLAUDE (H.) : Démence précoce et schizophrénie. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues de langue française*, 30^e Session, Genève-Lausanne, Masson édité, Paris, 1926.
- CLAUDE (H.), VIDART (L.) et LONGUET (Y.) : Le journal d'un schizoïde, ou réflexions sur les rapports de la psychasthénie, la schizoïdie et la schizophrénie. *Encéphale*, 34, 2 : 323-338, 1939.
- CLAUDE (H.), BOREL (A.) et ROBIN (G.) : La constitution schizoïde. Etude clinique et diagnostic différentiel. *Encéphale*, XIX : 209-216, 1924.

- CODET (H.) et LAFORGUE (R.) : Les arriérations affectives dans les états de dissociation psychique : la Schizonoïa. *Evol. Psychiat.*, 1 : 102-127, 1923.
- DELMAS-MARSALET (B.), LAFON et FAURE (J.) : Sur les formes pseudo-schizo-phréniques de la psychasthénie. *Encéphale*, 25, 1 : 1-12 (1942).
- DENIKER (P.) et QUINTART (J. C.) : Les signes pseudo-névrotiques dans les formes limites de la schizophrénie. *Encéphale*, 50 : 307-323, 1961.
- DEUTSCH (H.) : Some Forms of Emotional Disturbances and their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanal., Quart.*, 11 : 301-321, 1942.
- DONGIER (M.) : Les états-limites. *Conférence donnée à l'Evolution Psychiatrique*, avril 1970.
- EISENSTEIN (V. W.) : Psychothérapie différentielle des états-limites, in : BYCHOWSKI (G.) et DESPERT (J. L.) : « *Techniques spécialisées de la psychothérapie* ». Paris, P.U.F., 1958.
- ERIKSON (E. H.) : *The problem of ego-identity*. *This Journal*, 4 : 56-121, 1956.
- EVARD (E.) : Aux confins de la schizophrénie. Considérations sur certains états limitrophes. *Acta neurol. et psychiat. Belgica*, 58 : 356-371, 1958.
- EY (Henri) : Les limites de la notion de schizophrénie. *La Raison*, 3 : 61-66, 1951.
- EY (Henri) : Schizophrénies. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, fasc. 37 281-37 285, 1955.
- EY (Henri) : Les problèmes de la schizophrénie. *Evolut. Psychiat.*, 2 : 149-211, avril-juin 1958.
- EY (Henri), BERNARD (P.) et BRISSET (Ch.) : *Manuel de Psychiatrie*. Masson édit., Paris, 1967.
- EY (Henri) : *La conscience* P.U.F., édit., Paris, 439 p., 1963.
- FREUD (A.) : *Le Moi et les mécanismes de défense*. P.U.F., édit., Paris, 162 p., 1964.
- FREUD (S.) : Le clivage du Moi dans les processus de défense. *Nouv. Rev. de Psychanal.*, 2 : 1970.
- GENDROT (J. A.) et RACAMIER (P. C.) : Névrose d'angoisse. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, fasc. 37 330 A 10, 1967.
- GITELSON (M.) : On ego Distorsion. *Int. J. Psychoanal.*, 30 : 245-257, 1958.
- GREEN (A.) : Obsessions et Psychonévrose obsessionnelle. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, fasc. 37 370, 1965.
- GREENSON (R.) : in : HOCH (P.) et ZUBIN (J.) (Eds) : « *Psychopathology of child-hood* », N. Y., Grune and Stratton, 1955.
- GRESSOT (M.) : L'idée de composante psychotique dans les cas limites accessibles à la psychothérapie. *Encéphale*, 42 : 290-304, 1960.
- GRINKER (R. R.), Sr WERBLE (B.) et DRYE (R. C.) : *The borderline syndrome, a behavioral study of ego-functions*. N. Y., Basic Books, 1968.
- HARTMANN (H.) : *Essays on Ego Psychology*. N. Y. : Int. Universities Press, 1964.
- HOCH (P. H.) et POLATIN (P.) : Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23 : 248-276, 1949.
- HOCH (P. H.) et CATTELL (J.) : The Diagnosis of pseudoneurotic Schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 33 : 17-43, 1959.
- HUGHES (C.) : *Borderline Psychiatric Records. Pro Dromal Symptoms of Physical Impairments. Alienist and Neurologist*, 5 : 85-90, 1884. in : GRINKER et coll., op. cité.

- KERNBERG (O.) : Borderline Personality Organization. *Journ. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 15 : 641-685, 1967.
- KHAN (M. M. R.) : Le fétichisme comme négation de soi. *Nouvelle Rev. de Psychanal.*, 2 : 77-112, 1970.
- KLEIN (M.) : *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., 320 p., 1959.
- KLEIN (M.) : *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., 343 p., 1966.
- KLEIN (M.) : *Essais de Psychanalyse*. Payot, 452 p., 1967.
- KNIGHT (R. P.) : Borderline States. in : « *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology* », N. Y. : Int. Universities Press, 1954.
- KRAEPELIN (E.) : *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Rhadamanthe édit., 114 p., 1970.
- LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J. B.) : *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F. édit., 520 p., Paris, 1967.
- LITTLE (M.) : Transference in Borderline States. *Int. J. Psychoanal.*, 47 : 476-485, 1966.
- MAGNAN (V.) : *Leçons cliniques sur les Maladies Mentales*. Bataille édit., Paris, 1893.
- MALE (P.) et GREEN (A.) : Les préschizophrénies de l'adolescence. *Evol. Psychiat.*, 2 : 323-375, avril-juin 1958.
- MARKOVITCH (P.) : Contribution à l'étude des états-limites. *Thèse*, Paris, 110 p., mai 1961.
- MINKOWSKI (E.) : *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Desclée de Brouwer édit., 254 p., Paris, 1953.
- MODELL (A. H.) : Primitive Object Relationship and the Predisposition to Schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.*, 44 : 282-292, 1963.
- MORMONT (Ch.) : Etude du Rorschach dans les cas-limites. *Mémoire de Licence en Psychologie*, Liège, 1969.
- NACHT (S.) et RACAMIER (P. C.) : Les états dépressifs, étude psychanalytique. *Rev. Franç. de Psychanal.*, XXIII, 52 : 567-607, 1959.
- PALEM (R. M.) : Les états mixtes et les états transitionnels schizophréniques. *Thèse*, Bordeaux, 110 p., 1958.
- PARKIN (A.) : Neuroses and psychoses. *Psychiat. Quart.*, 40 : 203-227, 1966.
- QUIDU (M.) : Contribution à l'étude de la personnalité prépsychotique du schizophrène. *Thèse*, Paris, 1958.
- QUINTART (J. C.) : Les signes pseudonévrotiques dans les formes limites de la schizophrénie. *Mémoire*, Paris, 1957.
- RACAMIER (P. C.) : « Psychothérapies psychanalytiques des psychoses », in : *Psychanalyse d'aujourd'hui*. T. II, 575-690. P.U.F. édit., Paris, 1956.
- RANGELL (L.) (Rapporteur) : Panel Report on the Borderline Case. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 3 : 285-298, 1955.
- ROBBINS (L. L.) (Rapporteur) : Panel Report on the Borderline Case. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4 : 550-562, 1956.
- ROBIN (G.) : Les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce. *Evol. Psychiat.*, 3 : 91-103, 1932.
- ROSS (N.) : The « As If » Concept. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 15 : 59-83, 1967.
- ROSSE (J. C.) : Clinical Evidence of Borderline Insanity. *J. Nerv. Men. Dis.*, 17 : 669-674, 1890. in : GRINKER, R. R. et coll., op. cité.
- SAUGUET (H.) : Névrose de caractère. Caractère névrotique. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, fasc. 37 320 A 10.

- SCHMIDEBERG (M.) : The Borderline Patient. in : Arieti, S. (édit.) : *American Handbook of Psychiatry*, 1 : 398-418, N. Y. : Basic Books, 1959.
- SCHMITZ (B.) : Les états-limites : introduction à une discussion. *Rev. franç. Psychanal.*, 31, 2 : 245-261, 1957.
- SOCARAS (F.) : Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle. *Rev. franç. Psychanal.*, 21, 4 : 535-551, 1957.
- STERN (A.) : Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *Psychoanal. Quart.*, 7 : 467-489, 1938.
- TIMSIT (M. et M.), SAOULI (A.), BENOINICHE (S.) et MULLER (L.) : Le test de Rorschach dans l'Héboïdophrénie (à propos de 6 observations). *Actes du*
- TIMSIT (M.) : Les états-limites. Fiche additive. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, fasc. 37 395 A-10, sept. 1971.
- VI^e Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives, Paris, 1965.
- WEINGARTEN (L. L.) et KORN (S.) : Psychological test findings on Pseudoneurotic Schizophrenic. *Arch. Gen. Psychiat.*, 17 : 448-454, 1967.
- WEISS (J.) (Rapporteur) : Clinical and theoretical Aspects of the « As If » Characters (Participants : Atkin, Tartakoff, Ross, Greenson, Katan, Deutsch, Chase, Bychowski, Kaywin). *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 14 : 569-591, 1966.
- WOLBERG (A.) : The « Borderline Patient ». *Amer. J. Psychothérapie*, 6 : 694-701, 1952.
- ZUCKER (L.) : The Psychology of Latent Schizophrenia. Based on Rorschach studies. *Amer. J. Psychother.*, 6 : 44-62, 1952.

D^r Meyer TIMSIT
Département de Psychologie médicale
et de Médecine Psychosomatique
Université de Liège
153, boulevard de la Constitution
4000 - LIÈGE (Belgique)