

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RÉFLEXIONS SUR L'APPORT DU SOI DANS LA COMPRÉHENSION DU
SYMPTÔME DE L'AUTOMUTILATION PRÉSENT CHEZ CERTAINS PATIENTS
AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PSY.D)

PAR
ASTRID LÉGER

MAI 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

L'auteure désire remercier, tout d'abord, son directeur de recherche, M. Marc Simon Drouin, Ph.D., qui grâce à ses commentaires constructifs et son expertise nous ont aidée à mener à terme ce projet. Nous le remercions chaleureusement pour la confiance qu'il nous a accordée et pour son soutien lors de la rédaction de cet essai. L'auteure remercie également France Léger et Marthe Côté pour leur aide précieuse dans la relecture de notre essai. Un remerciement spécial à nos superviseurs cliniques pour leur soutien, leur expertise et leurs bons conseils qui m'ont grandement aidée lors de la poursuite de mes stages. L'auteure souhaite remercier aussi les patientes rencontrées qui ont motivé notre curiosité pour cette recherche et pour le traitement thérapeutique en général. Et pour terminer, l'auteure remercie sa famille, ses amis et tous ceux qui l'ont soutenue et encouragée de près ou de loin, tout au long de ce processus. Je dédie cet ouvrage à mon père qui, bien qu'il ne soit plus parmi nous, m'aurait encouragé et aurait été fier de me voir enfin terminer mes études doctorales.

RÉSUMÉ

Chez l'humain, les manifestations de la souffrance sont variées et parfois difficiles à comprendre. En thérapie, il n'est pas toujours aisé de savoir comment aborder la souffrance quand la personne devient une menace pour elle-même lors de comportements à caractère automutilant, par exemple. Cet essai cherche à comprendre la souffrance reliée au symptôme de l'automutilation chez les personnes ayant un trouble de la personnalité borderline. Nous voulons démontrer l'importance des relations précoces dans le développement du self et ce, au niveau pulsionnel, relationnel et développemental. Dans un premier temps, cet essai vise l'intégration d'acquis théoriques à la pratique clinique par la présentation de trois approches différentes du self qui permettent d'évaluer la sévérité des cas rencontrés. Dans un deuxième temps, nous voulions aussi aider à diminuer les craintes que certains thérapeutes inexpérimentés pourraient avoir face aux situations de crises, telle que l'automutilation, en démystifiant ces gestes et leurs causes en fournissant une meilleure compréhension du trouble de personnalité borderline, afin que les thérapeutes puissent rester plus disponibles et empathiques. En premier lieu, nous aborderons les buts et les motivations qui nous ont poussés à faire cette recherche. Ensuite, nous présenterons à travers le contexte théorique les définitions du Moi, du self et celle du trouble de personnalité borderline. Un bref historique du symptôme de l'automutilation sera exposé ainsi que les contextes d'apparition et la dynamique de celui-ci. La différence entre l'agressivité et la violence sera illustrée et des avenues de traitements seront proposées. Par la suite, la présentation de nos trois approches permettra de comprendre le niveau pulsionnel, relationnel et développemental du self en lien avec le développement d'un trouble de personnalité borderline et la présence du symptôme de l'automutilation. La première théorie, celle du Moi-peau d'Anzieu permettra de comprendre le Moi à partir des investissements pulsionnels en représentant une surface de communication et un contenant pour le monde des pensées. Notre deuxième approche, celle de Kernberg et al. démontre l'importance des relations précoces dans le développement du self et dans sa cohésion. Et la dernière, celle de Fonagy et al. aide à définir les capacités de mentalisation de l'enfant en lien avec la fonction réflexive du parent. Pour chacune des trois approches, nous exposerons les origines propres à celles-ci, comment elles expliquent le développement du self, la motivation du modèle théorique, les fonctions du self, la définition du trouble de personnalité borderline, la position thérapeutique de l'auteur et une étude de cas. La discussion servira à comparer nos trois approches théoriques et nos études de cas qui y sont associées, pour exposer ensuite, des réflexions sur le traitement des personnes ayant un trouble borderline qui s'automutilent. Pour conclure, le fait de connaître le niveau pulsionnel, relationnel et développemental du self aide à la compréhension du symptôme de l'automutilation diminuant ainsi les craintes du thérapeute face aux situations de crise.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	p. iii
INTRODUCTION.....	p. 1
CHAPITRE I	
BUTS DE LA RECHERCHE.....	p. 5
CHAPITRE II	
CONTEXTE THÉORIQUE	
2.1 Définition du Moi et du self.....	p. 12
2.2 Définition du trouble de personnalité borderline.....	p. 18
2.3 Historique du concept de l'automutilation.....	p. 22
2.4 Définition de l'automutilation.....	p. 27
2.5 Contexte d'apparition et dynamique de l'automutilation.....	p. 31
2.6 Violence Vs Agressivité.....	p. 37
2.7 Traitements proposés.....	p. 40
CHAPITRE III	
APPROCHE PULSIONNELLE : LE MOI-PEAU D'ANZIEU	
3.1 Origines de la théorie.....	p. 45
3.2 La définition du Moi-peau.....	p. 47
3.3 La motivation dans le modèle du Moi-peau.....	p. 49
3.4 Les fonctions du Moi-peau.....	p. 50
3.5 La définition des états limite.....	p. 52
3.6 La position thérapeutique d'Anzieu.....	p. 53
3.7 Présentation du cas de Madame R.....	p. 55

CHAPITRE IV

APPROCHE RELATIONNELLE : KERNBERG ET AL.

4.1	Origines de la théorie.....	p. 69
4.2	Le développement du self.....	p. 70
4.3	La motivation dans le modèle de Kernberg et al.	p. 72
4.4	Les fonctions du self.....	p. 72
4.5	La définition du trouble de personnalité borderline.....	p. 74
4.6	La position thérapeutique de Kernberg et al.....	p. 75
4.7	Présentation du cas de Madame S.....	p. 78

CHAPITRE V

APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE : FONAGY ET AL.

5.1	Origines de la théorie.....	p. 89
5.2	Le développement du self.....	p. 91
5.3	La motivation dans le modèle Fonagy et al.	p. 93
5.4	Les fonctions du self.....	p. 94
5.5	La définition du trouble de personnalité borderline.....	p. 95
5.6	La position thérapeutique de Fonagy et al.	p. 98
5.7	Présentation du cas de Madame T.....	p. 99

CHAPITRE VI

DISCUSSION.....	p. 111
-----------------	--------

CONCLUSION.....	p. 123
-----------------	--------

BIBLIOGRAPHIE.....	p. 128
--------------------	--------

INTRODUCTION

Le self ou le Moi, dans le développement normal, est un concept qui permet à l'individu d'intégrer les parties bonnes et mauvaises de sa personnalité pour en arriver à un état de cohésion l'amenant à avoir un sentiment de continuité lorsqu'il est seul ou en relation avec autrui. L'individu ayant un self bien intégré peut se percevoir d'une façon positive malgré ses points faibles et est capable d'être en relation en reconnaissant ses propres qualités et défauts ainsi que ceux de l'autre, ce qui conduit à une rencontre véritable. Le self se développe donc, dans les premières années de l'enfance et requiert qu'une relation de confiance s'établisse entre lui et une figure parentale. Lorsque l'enfant grandit dans un climat ne lui fournissant pas un sentiment de sécurité par le développement d'un lien de confiance, certaines dysfonctions du self peuvent apparaître. Nous croyons qu'en raison des dysfonctions du self fréquemment observées chez les personnes atteintes d'un trouble de personnalité borderline, le self de ces personnes n'a pu se développer de façon à ce que celles-ci puissent atteindre un sentiment de cohérence interne. Il ne s'agit pas ici, d'un sous-développement du self, mais plutôt d'un arrêt du développement suite à des événements qui peuvent être perçus comme traumatiques. Ces personnes ont tendance à se percevoir et à percevoir l'autre de façon clivée, soit toute bonne ou toute mauvaise. Elles passent souvent de l'idéalisation à la dévalorisation de l'autre et utilisent fréquemment des mécanismes de défenses primaires. Lorsque les personnes atteintes d'un trouble de personnalité borderline vivent des difficultés relationnelles, certaines d'entre elles peuvent avoir tendance à s'isoler et à utiliser des moyens destructeurs, comme l'automutilation, pour essayer de retrouver un état de cohésion interne. Dans cet exposé, nous voulons démontrer l'importance du concept de self dans la compréhension du symptôme de l'automutilation chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline. L'automutilation deviendrait alors, pour certaines

de ces personnes, un moyen de retrouver un état de cohésion lorsqu'elles se sentent submergées par des émois internes. Le fait de mieux connaître la dynamique relationnelle et les états du self des personnes borderline permet de mieux comprendre à quel type de crise nous avons à faire face ou simplement nous aide, en tant que thérapeute, à rester plus disponible et empathique lorsque l'automutilation devient une préoccupation centrale en thérapie.

L'automutilation est l'un des critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline (DSM IV, 1996), mais il n'est pas un symptôme présent chez toutes les personnes souffrant de ce trouble et peut être associé à d'autres diagnostics. Cependant, comme il est tout de même fréquemment observé chez les patients borderline, nous croyons qu'il est important de bien comprendre la dynamique relationnelle de ces personnes pour qu'un lien de confiance puisse s'établir en thérapie. Comme le symptôme de l'automutilation est complexe, plusieurs classifications et définitions ont été formulées mais la plupart font référence à un geste violent répétitif et socialement inadmissible, dont le but n'est pas de s'enlever la vie mais plutôt de réduire un état de tension, de dissociation, de douleur psychique, pour les personnes qui ne présentent pas de retard mental. Les causes de l'automutilation le plus souvent rapportées par les patients sont : un sentiment d'abandon perçu ou réel, une diminution de l'anxiété, un moyen de réguler le self ou un moyen de répondre à une menace face à une perte de l'identité. Une tendance à l'isolement précède souvent les gestes d'automutilation et les personnes commettant ces derniers, ne sont pas portées à chercher de l'aide car mêmes si ces actes sont très violents, ils procurent un soulagement chez ceux qui les pratiquent. La plupart du temps, les personnes s'automutilant soignent leurs blessures elles-mêmes, mais parfois, l'intensité du geste demande que des soins, allant de sutures à la chirurgie, soient prodigués en milieu hospitalier. L'incidence de ce comportement reste donc difficile à évaluer auprès de la population générale car les personnes qui s'automutilent n'ont pas tendance à chercher de l'aide sauf lorsque la situation

devient critique. À ce moment, une hospitalisation de courte ou de longue durée peut s'imposer suite à une évaluation psychiatrique. Jusqu'à présent, la majorité des recherches sur l'automutilation sont réalisées auprès des patients hospitalisés, donc de populations cliniques. Certains liens ont pu être faits entre le symptôme de l'automutilation et les troubles de personnalité borderline, avec la dépression, l'impulsivité, les abus survenus pendant l'enfance, les troubles alimentaires, etc. Selon nous, le symptôme de l'automutilation semblerait apparaître lorsque la personne n'arrive pas à autoréguler ses affects, en raison des carences du self survenues au cours du développement et s'attaque à son propre corps pour diminuer les affects négatifs et la tension pour ainsi retrouver un état de cohésion interne. Ces gestes d'automutilation se produisent fréquemment suite à des difficultés relationnelles qui se reproduiront dans le lien au thérapeute. Celui-ci, devra bien comprendre les états du self du patient pour rester plus disponible quand la situation l'exige. Certaines dysfonctions du self, présentes chez les patients borderline, pourraient être perçues comme des prédispositions ou des carences du self pouvant amener certains patients ayant un trouble borderline à s'automutiler.

Nous croyons que le fait de bien connaître les dysfonctions du self chez les patients borderline peut être utile afin de mieux les comprendre et les traiter, particulièrement ceux chez qui le symptôme de l'automutilation est présent. Tout d'abord, une première section nous permettra de présenter les motivations qui nous ont poussées à faire cet exposé. Ensuite, le contexte théorique présentera en premier lieu, les définitions du Moi et du self, et celle du trouble de personnalité borderline. Ensuite, quelques définitions permettant de mieux comprendre le développement du self, les dysfonctions du self chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline ainsi que l'automutilation présente parfois chez ces dernières, seront exposées. Nous ferons ensuite un bref historique du concept de l'automutilation, nous parlerons de certains éléments permettant de définir les gestes d'automutilation, les contextes d'apparition et la dynamique de ces gestes. Nous expliquerons, aussi, les

différences entre la violence et l'agressivité. Pour clore notre contexte théorique, nous présenterons quelques traitements proposés pour aider au traitement des personnes ayant un trouble borderline qui s'automutilent. Par la suite, nous allons exposer trois approches théoriques différentes qui expliqueront comment le self se développe. La première approche est pulsionnelle et nous nous baserons sur la théorie du Moi-peau de D. Anzieu (1995). Deuxièmement, nous présenterons la théorie de Kernberg et al. (1975, 1989, 1995, 1999, 2006) en tant qu'approche relationnelle. Notre troisième et dernière théorie, celle de Fonagy et al. (2004) concernant la régulation des affects et la mentalisation, sera notre approche développementale. Chacune d'elle fera l'objet d'une section dans laquelle nous présenterons les origines de la théorie, la définition du self, la motivation du modèle, les fonctions du self, une définition des troubles de personnalité borderline, la position thérapeutique des auteurs et la présentation d'un cas clinique. Pour terminer, la discussion permettra de faire les liens entre les concepts définis dans le contexte théorique, ceux présentés dans nos trois approches et le symptôme de l'automutilation présent chez certaines personnes ayant un trouble de personnalité borderline.

CHAPITRE I

BUTS DE LA RECHERCHE

Cet essai vise tout d'abord à intégrer les concepts théoriques qui ont formé notre pensée et qui ont su apporter un regard différent sur notre approche clinique avec les patients atteints d'un trouble de personnalité borderline et plus spécifiquement, avec ceux chez qui le symptôme de l'automutilation est présent. Nous ne prétendons pas fournir une expertise dans cet exposé mais plutôt des pistes de réflexion sur la base de notre propre expérience clinique avec ce type de clientèle. Notre intérêt pour les troubles de personnalité borderline est en partie relié aux grandes difficultés rencontrées dans le traitement thérapeutique rapportées dans la plupart des recherches et aussi en raison de notre crainte, en tant que thérapeute inexpérimentée, à faire face à celles-ci et à avoir la capacité d'aider ces personnes dans leur processus thérapeutique. En lisant des définitions, des théories, des articles etc. sur les troubles de personnalité borderline, nous voulions tout d'abord pallier à une première crainte, celle de ne pas reconnaître la sévérité du cas mais nous voulions aussi pallier au manque d'expérience par l'acquisition de connaissances théoriques pour essayer de prévoir, en quelque sorte, comment pouvait se dérouler un processus thérapeutique avec ce type de patient. La nervosité nous envahissait davantage en tant que thérapeute lorsque nous songions à l'idée d'avoir des patients qui souffrent à un point tel qu'ils en viennent à s'attaquer à leur propre corps et surtout à l'idée de ne pas entendre ou comprendre cette souffrance qu'ils veulent démontrer par des comportements d'une violence parfois extrême. Devant cette violence et cette détresse, nous nous questionnions sur notre capacité à entendre cette souffrance et à

aider le patient à l'apaiser. Est-ce possible qu'elle puisse être apaisée en thérapie et comment? Comment la souffrance physique peut-elle procurer un apaisement de la souffrance psychique? En quoi les personnes ayant un trouble de personnalité borderline et la présence du symptôme de l'automutilation sont-elles différentes des autres? Pourquoi certains patients borderline s'automutilent et d'autres pas? Avons-nous tous cette violence en nous qui nous amènerait un jour à nous automutiler ou y a-t-il des dispositions chez certaines personnes qui les poussent à s'automutiler?

Le questionnement est vaste mais nous avons décidé de l'aborder en adoptant comme base le concept de self pour explorer de quelle manière le self normal se différencie de celui des personnes atteintes d'un trouble de personnalité borderline et de celui chez qui l'automutilation est présente. Nous avons toujours eu un vif intérêt pour les théories du self car elles ont grandement contribué à l'enrichissement de notre compréhension de certains troubles dont celui de la personnalité borderline et dans notre vision plus globale de la thérapie, de l'être humain et de la souffrance. Nous croyons que le symptôme de l'automutilation chez certains patients borderline peut être le résultat d'un développement inadéquat du self. Le développement normal du self amène l'individu à intégrer les représentations de soi et de l'autre, qui sont divisées au départ, soit en toutes bonnes et soit en toutes mauvaises et à atteindre un sentiment d'unité, de cohésion interne. Avoir un self cohésif permettrait à l'individu d'avoir une identité composée à partir de plusieurs représentations de soi et de plusieurs représentations de l'objet qui se formeraient lors des relations précoces. Si le développement ne se fait pas dans un lien d'attachement sécure, le self reste alors divisé en représentations toutes bonnes et toutes mauvaises, l'automutilation permettrait alors d'abaisser la tension ressentie lorsque l'individu se perçoit ou perçoit l'autre à partir des représentations toutes mauvaises. La menace de l'abandon devient alors quelque chose de préoccupant lorsque les perceptions sont clivées et la personne ayant un trouble de personnalité borderline voudrait éviter ou diminuer la souffrance liée à l'abandon en s'automutilant. Par contre, nous ne croyons pas que

l'automutilation servirait alors à détruire le self entièrement mais plutôt certains aspects du self dans le but de retrouver un état de cohésion. Il nous semble alors primordial de voir l'être humain dans sa globalité, ce qui voudrait dire pour nous, de considérer les niveaux pulsionnel, relationnel et développemental de son self mais également de reconnaître, en thérapie, la spécificité de chaque être, son individualité malgré le diagnostic et/ou la symptomatologie. C'est donc dans un but d'intégration que nous vous présenterons trois théories du self illustrées par des études de cas pour en arriver à certaines pistes de réflexions concernant le self des personnes ayant un trouble de personnalité borderline et qui présentent le symptôme de l'automutilation. Nous avons choisi les auteurs en fonction de nos intérêts personnels et parce que leurs théorisations du self ou du moi nous ont aidée à mieux comprendre les différences entre le développement normal du self et le développement du self des personnes ayant un trouble de personnalité borderline et de la présence du symptôme de l'automutilation. Nous allons donc vous présenter le parcours des trois auteurs et de la contribution qu'ils ont apportée à la psychologie.

La théorie du Moi-peau de Didier Anzieu (1995) représentera notre approche pulsionnelle car elle a permis de répondre à notre questionnement surtout sur le niveau pulsionnel du self, qui selon nous, est une partie non négligeable dans la cohésion du self en raison de l'influence qu'elle peut avoir sur les perceptions d'un individu lors d'expériences vécues. Nous avons été impressionnée par la créativité d'Anzieu et allons vous présenter un bref aperçu de sa contribution et de son parcours. La pensée et la personnalité de Didier Anzieu (1923-1999) ont marqué non seulement le champ de la psychanalyse mais également celui de la psychologie, de la clinique et de l'éducation. Ayant tout d'abord fait des études en philosophie, il se tourne vers la psychiatrie en 1944, sous l'influence de Gursdorf, Desanti, Beaufret et Merleau-Ponty (Chabert, 1996). Par la suite, il s'intéresse à la psychologie animale, à la Gestalt, au psychodrame et obtient son diplôme de psychologue en 1948. Il entreprend alors un stage en dermatologie où il utilise les tests projectifs pour évaluer

les patients atteints d'eczéma ce qui l'amène à l'ébauche du Moi-peau. Sa curiosité pour la psychanalyse s'accroît et il s'engage, suite à la proposition de Lacan, dans une analyse avec lui qui dura quatre ans. En 1955, il commence à enseigner la psychologie à l'Université de Strasbourg puis à l'Université de Paris X-Nanterre (1964-1983) et créa à la Sorbonne un programme de Certificat sur les techniques projectives en 1966. Son poste d'enseignant l'incite à faire des pressions politiques en France pour que la psychologie soit reconnue comme une discipline autonome par rapport à la philosophie ou la médecine, combat qu'il gagna en 1968. Les deux premiers ouvrages d'Anzieu, *Les méthodes projectives* (1961) et *La dynamique des groupes restreints* (1968), comme la plupart de ses autres livres, sont encore réédités aujourd'hui et ce dans plusieurs langues. Pour la maison d'éditions Dunod, il fonde en 1972 la collection « Psychismes » puis la collection « Inconscient et culture » en collaboration avec René Kaës. En tant que clinicien, Anzieu est orthodoxe dans sa pratique mais pour lui, l'outil essentiel reste l'interprétation. Sa pensée est grandement influencée par les théories de Klein, Bion et Winnicott, qui se reflète d'ailleurs dans sa conception du Moi-peau qu'il présenta la première fois en 1974 dans un article paru dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Il précise, en 1985, sa théorie dans la première édition du livre *Le Moi-peau*, qui reçut un accueil favorable en psychanalyse et en psychologie. Nous utiliserons donc la deuxième édition (1995) de cet ouvrage pour présenter tout d'abord l'origine du concept, un aperçu du développement du Moi-peau et de son conflit, le type de motivation à la base de la théorie et pour terminer, exposer comment le Moi-peau des états-limites est déformé et peut conduire ces derniers à l'automutilation.

Notre approche relationnelle sera illustrée à partir des travaux de Kernberg et al. (1975, 1989, 1995, 1999, 2006) et démontre l'importance des relations dans le développement du self et dans l'intégration des représentations toutes bonnes et toutes mauvaises qui peuvent amener la personne ayant un trouble de personnalité borderline à s'automutiler quand elle a le sentiment que son identité est diffuse et

reste clivée en toute bonne et toute mauvaise. Nous avons choisi Kernberg parce que ses idées sont très utiles car elles intègrent la théorie à la pratique clinique et nous vous le présenterons brièvement. Les idées nouvelles d'Otto Kernberg permirent à la psychanalyse et à la psychologie d'évoluer, plus particulièrement dans le traitement des troubles de personnalité. C'est au Chili qu'il obtient son diplôme de médecine en 1953 pour ensuite se diriger vers la psychanalyse en débutant sa propre analyse. En 1959, il se rend aux États-Unis pour entreprendre, à titre de boursier à l'Université John Hopkins, une recherche sur la psychothérapie. De 1961 à 1973, il travaille à l'Institut de psychanalyse de Topeka et à la Menninger Clinic qu'il dirigera de 1969 à 1973. Par la suite, il occupe la fonction de directeur du service de clinique général à l'Institut de psychiatrie de l'État de New York tout en étant professeur de psychiatrie à l'Université Columbia. Il dirige l'hôpital de l'Université Cornell, à partir de 1976 et débute ses travaux sur les troubles de personnalité limites qu'il poursuit encore à ce jour. Il a joué un rôle important à l'Association psychanalytique internationale dont il fut président en 1999 (Durieux, 2003). Plusieurs prix honorifiques lui ont été décernés pour ses recherches théoriques et cliniques. Dans cette partie, nous utiliserons plusieurs ouvrages de Kernberg et ses collaborateurs, pour illustrer les concepts de self, d'organisation limite de la personnalité et pour exposer certains aspects du traitement avec ce genre de clientèle.

Notre dernière approche celle développementale, la théorie de la régulation des affects et de la mentalisation, est celle de Fonagy et al. (2004). Elle nous aidera à comprendre comment un arrêt du développement du self amène la personne ayant un trouble de personnalité borderline à vouloir détruire une partie de son self qui lui semble étrangère en ayant recours à l'automutilation pour réguler son self. Pour nous, les relations précoces et le développement qui s'en suit est d'une grande importance dans la création du self et d'un état de cohésion et nous sommes en accord avec les propos de Fonagy et al. Après avoir obtenu son Doctorat en 1980 à l'University College London, Peter Fonagy est devenu un auteur très prolifique dans le domaine

de la psychanalyse, de l'attachement et du développement de l'enfant. Il a également participé en tant que conférencier et professeur à plusieurs colloques et formations et ce, à travers le monde. Ses travaux lui ont permis d'être récipiendaire de plusieurs prix honorifiques et d'occuper certains postes d'importance au sein de nombreux organismes cliniques et universitaires. En ce moment, il est professeur à l'University College London, directeur du sous-département de psychologie clinique de cette université, chef exécutif du Centre Anna Freud et directeur de thèse pour plusieurs étudiants. Nous avons donc choisi comme approche développementale, la théorie du biofeedback social de la réflexion des affects, qui tente d'expliquer le développement de la conscience émotionnelle et du contrôle du self dans l'enfance. Cette théorie est issue du livre *Affect regulation, mentalisation and the development of the self* (2004) de Peter Fonagy, György Gergely, Elliot Jurist et Mary Target.

Chacune des approches sera illustrée par une présentation de cas de clientes dont nous avons fait le suivi plus ou moins long lors de stages. Nous voulons illustrer certaines particularités du traitement avec les patients borderline mentionnées dans nos trois approches et vous présenterons alors pour préserver la confidentialité des extraits brefs du processus thérapeutique avec des patientes que nous nommerons pour le besoin de la cause Madame R, Madame S. et Madame T. Certaines données ou événements ont été changés pour préserver l'anonymat des patientes mais n'enlèvent pas de valeur aux observations cliniques que nous avons pu faire. Le matériel fourni dans les études de cas est tiré d'entrevues cliniques réalisées lors de processus thérapeutiques, donc d'entrevues non directives. Dans chacune des présentations de cas, nous commencerons par expliquer ce qui a poussé les patientes à s'automutiler, à faire une description de leur trouble de personnalité limite à l'aide des critères du DSM IV (1996) et de mettre en lien leur problématique avec la théorie concernée. Nous vous exposerons ces trois approches dans des sections ultérieures du travail car pour mieux comprendre notre propos, nous allons tout d'abord définir de façon générale certains concepts dans le contexte théorique. Pour commencer, nous

exposerons les définitions du moi et du self, puis le trouble de personnalité borderline sera illustré à l'aide d'une définition descriptive et structurale. Ensuite, nous ferons un bref historique du concept de l'automutilation suivi de quelques définitions de ce symptôme, les causes et les buts de l'automutilation seront explicités. Pour terminer, nous présenterons les différences entre la violence et l'agressivité dans une approche psychanalytique et certains traitements proposés.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE

2.1 Définition du Moi et du self

Pour mieux définir l'humain dans sa globalité, nous avons une conception du self qui est pulsionnelle, relationnelle et développementale, car nous croyons que le self est en constante évolution selon les expériences vécues et avec qui elles sont vécues. Pour nous, la perception de l'expérience vécue est souvent plus évocatrice que l'expérience en soit parce qu'elle nous semble toujours modifier en partie par des pulsions internes plus ou moins conscientes qui poussent l'individu à agir ou réagir dans l'expérience comme telle et ce, en le faisant selon le niveau de développement qu'il aura pu atteindre. La cohésion du self serait donc, pour nous, l'atteinte d'un équilibre ou harmonie entre les investissements pulsionnels et les investissements relationnels dans un développement ou si l'on veut, une optimisation du self qui permettrait à l'individu d'atteindre un niveau de développement optimal et d'avoir le sentiment de continuité de son existence. Nous trouvons que l'aspect pulsionnel relié au self semble parfois mis de côté et nous croyons qu'il est d'une importance cruciale non seulement parce qu'il vient teinter les relations, mais aussi parce qu'il a une grande influence dans la formation du self et du symptôme de l'automutilation. Cette section permettra d'illustrer les concepts de moi et de self à partir de théories psychanalytiques pour démontrer comment le moi ou le self peut se développer normalement avant d'aborder les dysfonctions pouvant apparaître chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline. Tout d'abord, nous voulons démontrer

l'aspect pulsionnel et relationnel du Moi dans les propos de Freud. Ensuite, nous verrons comment le self est une extension du Moi et permet d'avoir un sentiment de continuité lors des relations à l'aide du concept de self de Winnicott. Et pour terminer, nous utiliserons la théorie développementale de Stern pour expliquer l'importance des premiers investissements lors des relations précoces avec la mère.

Dans une perspective freudienne, le Moi est l'une des trois instances de l'appareil psychique qui joue un rôle important, entre autres, dans l'économie du système psychique en contrôlant l'intensité de l'investissement libidinal par des processus de liaison de ces investissements à des représentations. Le monde pulsionnel interne se voit donc modifié au contact de l'autre ou dans la relation et Freud (1933, p.101) explique alors que : « ...le moi est la partie du ça modifiée par la proximité et l'influence du monde extérieur, organisée pour percevoir les excitations et pour s'en défendre... ». La modification de cette partie du Ça se fait sous l'action des systèmes préconscient et conscient qui amènent le moi à percevoir les stimuli extérieurs à l'aide des organes des sens et à différencier ce qui vient de l'intérieur et de l'extérieur et qui est ressenti comme une source de plaisir ou de déplaisir. La qualité et la quantité des investissements libidinaux provenant des soins maternels ne sont pas toujours en concordance avec les désirs de l'enfant qui ne peuvent être comblés parfaitement et le Moi voudrait donc introduire, par le biais des perceptions externes, le principe de réalité dans le Ça qui reste dominé par le principe de plaisir (Freud, 1923). Comme les stimuli externes fournissent d'autres sources d'excitation à gérer pour le système psychique, le Moi est muni d'un pare-excitation qui diminue l'intensité de l'excitation externe pour ne pas créer une surcharge dans l'économie du système psychique, ce qui constituerait, en soi, un traumatisme. Le traumatisme surviendrait suite à une excitation trop intense ou à une quantité d'excitations trop grande pour le système psychique qui n'arrive pas à les traiter par des processus de liaison. D'un point de vue économique, le Moi permet à l'excitation en provenance du Ça d'être liée à une représentation, il exerce donc une influence dans les processus

primaires en étant une forme d'agent de liaison vers les processus secondaires, ce qui veut dire qu'il permet alors à l'inconscient de devenir conscient. Cependant, le Moi se défend de certaines liaisons qui pourraient être source de déplaisir, par des mécanismes de défense qui sont reliés aux processus primaires en raison de leur aspect compulsif et répétitif. Le fait que le Moi soit relié au Ça en partie et le fait que la libido a tendance à être réinvestie dans le Moi lorsqu'elle est désinvestie de l'objet, permettent à Freud (1920, p.99) de conclure que : « ... le moi est le réservoir véritable et originaire de la libido, qui doit partir de là pour s'étendre vers l'objet ». C'est en s'identifiant et en prenant les caractéristiques de l'objet que le Moi veut exercer une autre forme de domination sur le Ça en s'accaparant la libido d'objet pour la transformer en libido narcissique et ainsi se présenter comme objet d'amour pour le Ça. Toutefois, cette transformation de la libido d'objet en libido narcissique implique la sublimation parce que la pulsion est alors désexualisée (Freud, 1923). Le Moi est donc une structure complexe qui doit se soumettre aux exigences de l'extérieur, de celles du Ça et de celles du Surmoi, mais qui, lorsqu'il ne peut y parvenir, fait apparaître l'angoisse. Le symptôme se formerait à la suite de la survenue de l'angoisse pour en fait éviter que cet état d'anxiété réapparaisse (Freud, 1933). Nous pouvons donc conclure que dans une perspective freudienne, le Moi, représenté comme le réservoir de la libido, se forme à partir des pulsions en provenance du Ça et par la modification de ces pulsions lors des relations avec l'objet. L'introduction du pare-excitation qui modifie l'intensité de l'investissement provenant de l'extérieur ou de la relation elle-même et qui influence toute l'économie du système psychique est un concept qui nous permettra de mieux expliquer comment l'investissement relationnel peut mener à l'automutilation lorsque les limites du moi sont mal définies. Nous croyons important de fournir une conception freudienne du Moi parce qu'elle aidera le lecteur à mieux comprendre la surcharge au niveau pulsionnel qui se produit parfois dans le système psychique de l'individu et de voir comment le symptôme, comme l'automutilation, pourrait diminuer cette excitation et rétablir l'équilibre dans le système psychique. Même si la pulsion occupe une place

centrale dans la théorie freudienne, elle se modifie sous l'influence des relations et nous permet de dire que le Moi se forme non seulement en lien avec les pulsions internes, mais aussi en lien avec l'excitation en provenance de l'extérieur ou de l'investissement relationnel qui permet le développement du narcissisme par l'identification à l'objet.

Dans un même ordre d'idées, Winnicott croit que l'entourage maternant a une grande influence sur le développement du self de l'enfant. Le niveau pulsionnel du self pourrait s'illustrer par les premières manifestations de l'agressivité chez le nourrisson qui se font à l'aide de la motricité par des coups de pieds, des coups de poing, etc. qui lui permettent de différencier le non-moi de ce qui lui appartient (Winnicott, 2004). Il apprend les limites de son propre corps et de son psychisme et l'influence de l'environnement sur ceux-ci, par les soins qui lui sont prodigués. La qualité des soins apportés à l'enfant influence directement le développement de son self et l'environnement se doit d'être en mesure de bien soutenir le bébé, par les soins, l'adaptation à ses besoins, les interactions, etc., ce qui constitue le *holding*, pour amener le bébé à avoir le sentiment d'une continuité de son existence, pour prendre conscience de son self et pour parvenir alors à l'autonomie (Winnicott, 1967). Quand le self se développe normalement, l'enfant en prend conscience et s'exprime de façon authentique. Il est donc en accord avec ses besoins et désirs, mais en ayant également conscience des autres lorsqu'il est en relation. Il comprend que, malgré le fait que ses besoins ne puissent être entièrement comblés au moment où il le demande, son existence perdure et celle de l'objet aussi, même si ce dernier ne peut répondre à sa demande. Winnicott (1964, p.95) explique alors que : « ...chaque individu a un soi (*self*) poli ou socialisé, et un soi personnel, privé, qui n'est accessible que dans l'intimité... dans la *santé*, cette scission du *self* est le résultat d'une croissance personnelle, alors que dans la *maladie*, c'est un schisme de l'esprit qui peut être très profond ». Dans certains cas, l'environnement ne peut répondre aux besoins de l'enfant et celui-ci doit, en quelque sorte, se plier à l'environnement en

mettant de côté ses propres besoins, car il en est dépendant. La grande dépendance de l'enfant face à l'objet et aux soins maternels peut faire en sorte que celui-ci développe un faux self qui est plutôt en accord avec les exigences externes que celles internes qui sont au cœur du vrai self de cet enfant. Pour Winnicott (1967), le faux self est souvent mis en place comme une défense du vrai self mais le faux self amène l'individu à avoir un sentiment d'irréalité. Il ajoute que seulement le vrai self permet à l'individu de se sentir réel et d'être créateur. Le vrai self est issu du geste spontané, qui est le self en action, et de l'idée personnelle qui donne à l'individu le sens d'exister (Lehmann, 2003). Ceci démontre également, l'importance du niveau pulsionnel et relationnel dans le développement d'un self cohésif. Les soins apportés à l'enfant jouent un rôle crucial dans l'élaboration de son self et dans la perception de l'enfant d'avoir une continuité de son existence. Mais qu'arrive-t-il dans la relation avec la figure maternelle pour que l'enfant en arrive à développer un faux-self? Nous allons donc voir comment les premiers contacts peuvent former un réseau de schémas qui s'active non seulement dans les relations précoces, mais dans toutes les relations suite au développement de l'enfant.

La relation est également au cœur de la théorie développementale de Stern qui a travaillé pendant des années auprès d'enfants et de mères pour mieux comprendre comment l'enfant développe un self en lien avec ce qu'il a pu ressentir lors des relations précoces avec la mère et l'entourage. Pour D. Stern (1998), le développement du self de l'enfant commence à prendre place vers l'âge de trois à quatre mois, car ce dernier est alors en mesure de différencier l'autre de lui-même d'après sa capacité à se reconnaître comme organisme étant l'auteur d'actions intentionnelles. Le monde des représentations de l'enfant se forme alors à partir de son expérience vécue dans un moment émergent de sa relation avec l'autre. Tout d'abord, il définit le moment émergent comme une extension du présent à partir duquel une esquisse est dressée pour obtenir des indices relationnels divisibles en unités qui serviront à trouver un sens à ce moment particulier. L'expérience vécue par

l'enfant lors du moment émergent lui fournit plusieurs éléments à considérer. Par exemple ses sensations, ses affects, les actions, l'excitation, la motivation, etc. Ces éléments dans l'expérience représentée de l'enfant sont à l'origine d'un réseau de schémas incluant les schémas sensorimoteurs, les schémas perceptuels, les schémas conceptuels, le script, la courbe des sentiments et l'enveloppe protonarrative. Stern (1998, p.93) suggère que : « ...l'enfant, très tôt, a les capacités à schématiser les événements interactifs en une forme primitive d'un mode pseudo narratif de pensée et perception que j'appelle les enveloppes protonarratives ». Dans l'expérience représentée, l'ensemble de ces schémas forme un réseau qui contient les *schema-of-being-with*, qui à leur tour sont en lien et influencés par les expériences vécues avec les autres. Le concept de *schema-of-being-with* correspond à un modèle mental de l'expérience particulière d'être avec une personne dans un moment précis souvent relié à la routine quotidienne. La représentation comme telle, est en fait l'activation de certains souvenirs reliés aux *schema-of-being-with* ou encore à la création de fantasmes ou de récits autobiographiques qui sont empreints des *schema-of-being-with* et des expériences avec l'autre. Ces schémas semblent toujours être activés lors de l'interaction et ont une certaine influence sur l'expérience comme telle d'être en relation. Il est d'autant plus intéressant d'examiner le réseau des *schema-of-being-with* de la mère, selon Stern (1998), car ils modifient sa représentation de la relation qu'elle entretient avec l'enfant et que c'est à partir de cette relation que le self de l'enfant se construit. C'est donc à partir de la relation ou plutôt des *schemas-of-being-with* activés lors de la relation que l'enfant aura une représentation de son soi ou de son self et une représentation de l'objet.

Dans cette section nous voulions illustrer l'importance des relations précoces dans le développement du self mais aussi celle du niveau pulsionnel qui permet à l'enfant de se différencier de l'objet au départ, mais qui permet aussi d'en arriver au développement d'un vrai self ou d'un self cohésif. Il nous apparaissait important de parler de l'investissement pulsionnel en tant que surcharge du système psychique

ainsi que de l'activation des schémas empreints des relations précoces pour mieux expliquer ce qui pourrait interférer dans les relations et dans la cohésion du self d'un individu. Lorsque le self est bien intégré, l'individu arrive à gérer ses pulsions libidinales et agressives, il a un concept réaliste de son self, il peut être authentique en relation et ces éléments l'amènent à avoir un sentiment de cohésion qui perdure dans le temps. Cependant, quand l'individu n'arrive pas à intégrer les diverses parties de son self, un sentiment d'irréalité et de vide peut s'installer et l'individu pourra avoir le sentiment de ne pas exister seul ou en lien avec les autres. Dans cette situation, le symptôme de l'automutilation est alors une tentative pour restaurer la cohésion du self car l'individu l'utilise souvent dans le but d'abaisser la tension lorsqu'il se sent abandonné et qu'il a de la difficulté à gérer sa solitude. Comme les personnes ayant un trouble de personnalité borderline ont des difficultés au niveau de l'intégration du self et au niveau relationnel, cela porte à croire que celles-ci pourraient avoir recours à l'automutilation lors de situation de crise. Cependant, malgré le fait que le symptôme de l'automutilation soit fréquemment associé à ce trouble, il n'est pas systématiquement présent chez tous les sujets borderline, qui forment un groupe disparate et difficile à définir. D'après les critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline présentés dans les pages suivantes, il est possible de dire que la cohésion du self chez ces individus est précaire et que le symptôme de l'automutilation devient un moyen pour tenter de retrouver une certaine unité de leur self.

2.2 Définition du trouble de personnalité borderline

Les troubles de personnalité borderline ou états limites semblent un sujet qui avive l'intérêt des chercheurs et des cliniciens depuis plusieurs années en raison de sa complexité, des manifestations marquées d'instabilité et des difficultés rencontrées lors du traitement. Cependant, une certaine hétérogénéité dans la définition et la

nomenclature de cette pathologie peut être observée selon l'épistémologie utilisée. Nous allons tout d'abord présenter les critères diagnostiques du DSM IV (1996), car ils sont utilisés la plupart du temps en psychiatrie et permettent d'avoir un langage commun. Nous tenions à exposer ces critères parce que nous nous en servons par la suite pour décrire le diagnostic des patientes présentées dans les études de cas. Pour continuer, nous illustrerons le concept d'état limite dans une approche psychanalytique et structurale, celle de Bergeret (2004), car elle permettra de mieux faire le lien entre le concept de self défini dans la section précédente et le symptôme de l'automutilation.

La plupart des patients ayant un trouble de personnalité borderline que nous avons rencontrée en milieu hospitalier ou en clinique spécialisée avait été référée suite à un séjour plus ou moins long à l'hôpital où ils ont reçu un diagnostic basé sur le DSM IV (1996). D'un point de vue descriptif, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou DSM IV (1996), évalue la prévalence de ce trouble à environ 2% de la population générale, mais il occuperait une place plus grande au sein des populations cliniques passant à 10% en consultation psychiatrique externe et à 20% chez les individus hospitalisés en psychiatrie. Ce diagnostic se retrouve plus fréquemment chez les femmes qui représentent près de 75% des cas et il semblerait que la fréquence de ce trouble dans la famille immédiate des personnes atteintes soit cinq fois plus grande que dans la population générale. Le DSM IV (1996) propose neuf critères diagnostiques pour le trouble de personnalité borderline, mais la présence de cinq critères est suffisante pour en conclure à ce diagnostic. Les auteurs décrivent ces critères comme étant : un effort pour éviter l'abandon réel ou perçu, des relations instables et intenses alternant entre l'idéalisation et la dévalorisation, une perturbation de l'identité, de l'impulsivité dommageable pour le sujet, des gestes ou menaces suicidaires et/ou à caractère automutilant, une instabilité affective, un sentiment de vide, des colères intenses ou difficilement contrôlables et pour terminer, l'émergence d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs

sévères. Cette approche descriptive est utile en clinique mais pour faciliter le diagnostic et aider à cibler les interventions lors du traitement, Sanislow et al. (2002) ont dégagé trois facteurs à partir des critères du DSM IV (1996) lors d'une analyse factorielle des données recueillies auprès d'un échantillon comptant 668 participants. Le premier facteur est considéré comme étant un trouble des relations qui se manifeste par des relations instables, une perturbation de l'identité, un sentiment chronique de vide et une idéation paranoïde reliée à un stress. Le deuxième facteur est une dérégulation du comportement qui se manifeste par une impulsivité dans deux domaines et par des comportements suicidaires et à caractère automutilant. Et le troisième facteur est une dérégulation affective qui se manifeste par une instabilité affective, par une rage inappropriée et par l'évitement de l'abandon. Ces trois facteurs permettent d'avoir une idée plus claire du diagnostic et de voir quelles zones seront ciblées lors du traitement.

Par contre, comme la définition du DSM IV (1996) est descriptive, l'ajout d'une définition plus structurale pourra fournir une meilleure compréhension pour le traitement des personnes ayant ce diagnostic et pour illustrer notre propos par la suite avec le concept de self. Par exemple, dans une perspective psychanalytique Bergeret (2004) explique que les états limites ne sont pas des structures vraies, comme celle névrotique ou psychotique, mais plutôt des structures aménagées qui seraient fragiles et instables en raison d'un arrêt du développement. Selon lui, trois étapes sont nécessaires dans le développement de l'enfant pour en arriver à une structure définie. Dans la première étape, l'enfant est capable de différencier son Moi du non-Moi mais n'a pas encore de structure établie. C'est dans la deuxième étape qu'une structure semble commencer à se définir et ce, à partir des réactions ou états de l'enfant face à la frustration, aux conflits, aux pulsions internes et externes, etc. Par contre, ce n'est que dans la troisième étape qu'une structure bien circonscrite se dévoile en lien avec les enjeux de la deuxième étape qui fournissent les lignes directrices dans la formation de la structure véritable. Pour Bergeret (2004), les états-limites ne sont pas

des structures véritables, mais plutôt un aménagement structurel. Ces derniers se maintiennent alors entre la structure névrotique et celle psychotique au niveau de la deuxième étape du développement du Moi, sans atteindre l'étape finale qui détermine une structure définie. C'est un traumatisme psychique important qui empêcherait les états-limites d'atteindre la troisième étape du développement du Moi, traumatisme au sens affectif que Bergeret (2004, p.220) décrit comme correspondant : « ...à un émoi pulsionnel survenu dans un état du Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses.... Autrement dit, l'enfant est entré, à ce moment-là, trop précocement, trop brutalement et trop massivement en contact avec des données œdipiennes ». Comme l'enfant n'est pas encore parvenu à une structure névrotique, il ne peut traiter l'excitation provenant de ces données œdipiennes dans une économie triangulaire et cette excitation se voit intégrée aux perceptions faisant partie des frustrations ou des menaces pour son intégrité (Bergeret, 2004). Il devra alors, pour diminuer ce surplus d'excitation sexuelle ou agressive, faire appel à des mécanismes plus près de ceux utilisés par les structures psychotiques tels que le déni, l'identification projective, l'omnipotence et le dédoublement des imagos parce que le refoulement n'est pas disponible en raison de leur aménagement structurel. Pour Bergeret (2004), ce traumatisme désorganise le développement psychique de l'enfant le conduisant à une pseudo-latence qui s'avère être plus précoce et durable que la période de latence normale, et qui représenterait en fait le tronc commun aménagé des états-limites. L'auteur explique que l'état-limite est essentiellement une maladie du narcissisme dont l'angoisse est reliée à la perte de l'objet et à la dépression qui surgit suite à cette perte. Les relations d'objet se font sous une dépendance anaclitique à l'objet, l'état-limite voit alors l'objet comme étant séparé de lui, mais ressent le besoin d'être aimé par cet objet qui est vu d'une façon grandiose, et sur lequel il est possible de s'appuyer. Cette dyade est différente de celle psychotique mais la relation triangulaire œdipienne ne peut se mettre en place chez l'état-limite car sa dépendance face à l'objet ne permet pas l'introduction d'un tiers.

Le trouble de personnalité borderline ou état limite semble relié à un arrêt du développement parce que les conflits reliés à la dyade ne sont pas résolus. Le niveau pulsionnel est important en raison d'une surcharge d'excitation causant un traumatisme parce que l'enfant n'aurait pas atteint un stade de développement lui permettant de traiter l'excitation par des processus de liaison. Le niveau relationnel reste associé à la dyade par la grande dépendance ressentie face à l'objet et par l'utilisation de mécanismes primaires de défense. En ayant un moi ou un self aménagé plutôt que cohésif, les personnes ayant un trouble de personnalité borderline ont tendance à se sentir menacé dans leur identité propre lorsqu'elles sont en relation par la réactivation des relations précoces ou par la dépendance ressentie face à l'objet. Ceci pourrait faire apparaître le symptôme de l'automutilation chez certaines d'entre elles. L'excitation pulsionnelle et relationnelle semble parfois très difficile à gérer et la tension ressentie au niveau psychique insupportable puisque certaines personnes en viennent à s'attaquer à leur propre corps pour diminuer la douleur psychique. La présence du symptôme de l'automutilation chez des personnes ayant des diagnostics variés et les formes multiples de ce geste font en sorte qu'il semble également laborieux de définir le symptôme de l'automutilation et de comprendre comment ce comportement a pu apparaître chez divers individus et comment il peut être perçu par les autres et à travers le temps. Nous présenterons, dans un bref historique du concept de l'automutilation, les contextes divers dans lesquels ce geste peut apparaître.

2.3 Historique du concept de l'automutilation

D'un point de vue historique, les exemples de mutilations et d'automutilations sont nombreux et sont représentés dans diverses cultures, à des périodes différentes et dans des contextes multiples. Nous nous sommes tout d'abord questionnée sur la douleur et sur la façon qu'elle pourrait amener un individu à se mutiler lui-même. Ce pourrait-il que l'individu aurait été témoin de mutilations et que celles-ci puissent

l'amener à les reproduire sur son propre corps? Ou est-ce dans un élan de folie qu'il s'en prend à son enveloppe corporelle? Selon Favazza (1987), il semble difficile de dissocier complètement le concept d'automutilation de celui de mutilation dirigée contre les autres, car les deux concepts seraient reliés l'un à l'autre par les perceptions et les pratiques qu'ils génèrent. Cependant, il explique que les mutilations dirigées contre les autres, avec ou sans leur consentement, sont mieux comprises et rationalisées du fait qu'elles peuvent représenter une revanche ou une menace ou parce qu'elles sont considérées comme un rite de passage dans une société donnée. Il ajoute qu'il semble plus difficile de trouver des réponses rationnelles à l'automutilation et que sa compréhension défie encore l'entendement. Il est vrai qu'il est plus complexe de comprendre l'automutilation quand l'individu s'isole et que les causes de ses gestes ne sont pas facilement identifiables, en comparaison à l'automutilation ou les mutilations infligées dans le but d'un rituel quelconque ou par sentiment d'appartenance à un groupe. C'est cette automutilation ritualisée que nous tenterons d'expliquer dans un premier temps, pour ensuite exposer des contextes divers dans lesquels l'automutilation peut apparaître.

Par exemple, les croyances ou l'appartenance à un groupe peuvent grandement influencer certains comportements de mutilation ou d'automutilation et plusieurs illustrations nous sont fournies par l'ethnologie, la religion ou par le tatouage et le piercing. L'ethnologie nous démontre la présence de plusieurs rites et coutumes initiatiques au sein de population provenant de diverses parties du globe. Certains rites d'initiation ou de passage, comme la circoncision, la subincision, l'infibulation ou l'excision, sont acceptés et reconnus dans les sociétés qui les pratiquent et les jeunes initiés s'y conforment, la plupart du temps, avec une soumission quasi volontaire. Même si ces cérémonies comportent des gestes à caractère mutilant, elles représentent souvent un passage nécessaire de la vie d'enfant à celle d'adulte. Les mutilations infligées dans ces sociétés sont souvent critiquées par les pays occidentaux qui dénoncent la violence faite lors de ces rites de passage. Il

semblerait que certaines croyances amèneraient l'acceptation de gestes généralement inadmissibles dans d'autres contextes ou dans d'autres pays. Dans plusieurs religions, par exemple, l'existence de rites de purification ou d'expiation a été démontrée, comme lorsque certains adeptes s'infligent eux-mêmes des châtiments corporels tels que la flagellation, le port de vêtement de bure, le jeûne, etc. Les croyances semblent accepter certains rituels, mais en bannissent d'autres, ainsi dans l'histoire antique, les femmes endeuillées qui s'automutilaient, en s'arrachant les cheveux et en se griffant le visage et les seins, se sont vues obligées d'interrompre ces pratiques par les condamnations du judaïsme (Morelle, 1995). Dans un même ordre d'idées, le tatouage et le piercing qui fait rage en ce moment peut être une forme de mutilation pour suivre un mouvement d'esthétisme imposé par certaines modes. Mais la présence de tatouages et de piercings réfère parfois aussi à certaines idéologies ou à l'appartenance à un groupe en particulier et permet ainsi de s'annoncer par des marques distinctives. Dans certaines organisations criminalisées, les tatouages peuvent aussi désigner que la personne a eu des comportements prisés par l'organisation et a reçu une marque ou tatouage qui est associé à l'acte posé. Au niveau du piercing, la mode et les techniques ont changé au cours du temps passant des perçages au nez et au nombril à des perçages sur la langue, sur les sourcils, à des implants sous-cutanés, etc. Mais pouvons-nous encore qualifier les tatouages et les piercings comme des mutilations lorsque nous regardons le nombre impressionnant de gens qui ont eu recours à ces méthodes pour s'exprimer d'une certaine façon sur leur propre corps? Aujourd'hui, nous pourrions parfois qualifier le tatouage et le piercing d'accessoires de mode tellement ils sont rendus communs et présents chez des personnes de diverses couches de la société, mais si nous reculons d'une cinquantaine d'années la présence de ces parures était presque inexistante, en comparaison à maintenant. Dans un contexte d'esthétisme ou dans certaines idéologies, le tatouage ou le piercing est culturellement accepté et devient presque une norme qui démontre un sentiment d'appartenance à un groupe ou à un mouvement donné.

De façon générale, il est possible de dire que les mutilations et l'automutilation se retrouvent dans des contextes variés et servent des buts parfois bien différents. Scharbach (1986) explique que certains jeunes hommes sont allés jusqu'à se mutiler en partie les pieds pour éviter le service militaire ou que certaines jeunes asiatiques se bandent les pieds jusqu'à les déformer pour des raisons d'esthétisme. Aujourd'hui, l'Internet nous offre une multitude de sites sur le sujet, cependant, les contenus peuvent varier grandement. Il y a d'un côté, les définitions cliniques et psychiatriques, les propositions de traitement, les forums d'aide, etc. Ces sites sont la plupart du temps construits par des spécialistes (médecins, psychiatres, psychologues, etc.) du domaine de la santé. De l'autre côté, nous pouvons voir la valorisation de ce geste par des associations avec des groupes musicaux et des codes vestimentaires, des techniques pour s'automutiler, des photos comparatives des cicatrices qui ont suivi de tels gestes, etc., qui proviennent de sources diverses présentant souvent des définitions de l'automutilation entremêlées de critiques, voir même de propos injurieux. Il semblerait également que les sites tels que Facebook, par exemple, permettent à certains jeunes d'échanger leur point de vue sur l'automutilation, leurs photos pendant ou après l'acte d'automutilation, de communiquer leurs sentiments, etc. Ce genre de sites peut nous amener à croire à un effet bénéfique provenant de la communication qui brise l'isolement et démontre au jeune qu'il n'est pas le seul à vivre de telles expériences, en lui donnant la possibilité d'exprimer des sentiments sans crainte du jugement négatif, en lui permettant de créer des liens d'amitié, etc. Cependant, des effets négatifs pourraient être probablement observables également par exemple, par l'effet d'entraînement qui amènerait certains jeunes à manifester leur premier geste d'automutilation suite aux commentaires positifs faits par d'autres jeunes ayant commis un ou plusieurs gestes d'automutilation et sur le soulagement que cela peut apporter. Les médias quant à eux peuvent avoir une grande influence sur les premiers gestes d'automutilation chez les adolescents, ainsi environ 15% des jeunes qui s'automutilent disent avoir eu l'idée en regardant la télévision ou des films et environ 12% auraient eu l'idée parce qu'ils

auraient lu sur le sujet (Nixon et al. 2002). Toutefois, certaines images d'automutilation disponibles sur le web sont très intenses et peuvent provoquer des émotions variées, mais avant tout, elles nous amènent à nous poser plusieurs questions sur les motivations et les sentiments des personnes qui s'automutilent, sur les effets de tels gestes, sur l'âge d'apparition de ce symptôme, sur le nombre de personnes pratiquant ces comportements dans la population en générale, etc. Même si l'automutilation est présente depuis plusieurs époques et dans plusieurs cultures, les premières recherches expérimentales ont été réalisées par les éthologistes, à la fin du XIXe siècle, pour trouver des causes neurobiologiques à ce comportement chez les animaux. Dans le milieu de la psychiatrie, l'étude de ce phénomène débute au XXe siècle avec les travaux de Blondel (1906), de Lorthiois (1909) et de Freud (1924), mais ne prend son essor qu'au cours des années 50, suite aux recherches sur l'automutilation en tant que symptôme dans diverses populations, dans le développement normal de l'enfant et dans le développement de l'enfant autiste (Scharbach, 1986). Face à la complexité de la nature de ce geste et devant les difficultés de traitement, les recherches se sont multipliées au cours des années 60 pour en venir à une compréhension et une définition plus claire de l'automutilation en tant que symptôme. Nombre d'hypothèses ont été formulées, mais il semble encore difficile de bien comprendre et cerner cette problématique aujourd'hui. Les questions peuvent être aussi variées que les manifestations de ce symptôme. Et les recherches menées sur le sujet jusqu'à maintenant y répondent en partie en établissant certains liens à partir de populations cliniques, la plupart du temps. Nous aborderons donc quelques définitions du symptôme de l'automutilation pour ensuite le relier au trouble de personnalité borderline.

2.4 Définition de l'automutilation

Il semble difficile de définir un comportement comme l'automutilation souvent inexplicable par sa complexité et par la variété de ses manifestations. Cependant, certains points communs ou explications du phénomène ont pu être établis suite aux recherches sur le sujet. Comme ce comportement se produit le plus fréquemment dans l'isolement et dans l'évacuation de l'autre pour en revenir à un sentiment d'équilibre, les personnes qui souffrent de ce symptôme n'ont pas tendance à en discuter sauf lorsqu'elles en sont obligées, par exemple lors d'un séjour en milieu hospitalier par exemple. L'évaluation de l'incidence de ce symptôme devient aussi quelque chose d'aléatoire, car il est souvent mesuré à partir de populations cliniques. Par contre, certains liens avec diverses problématiques ont été établis, nous les décrirons brièvement pour enfin en venir à ceux qui sont reliés au trouble de personnalité borderline. Nous nous baserons sur les données de plusieurs recherches pour exposer dans cette section quelques typologies de l'automutilation. Ensuite, nous traiterons de l'incidence de ce comportement dans la population et ferons certains liens entre les troubles de personnalité borderline et certains critères associés à ce trouble.

Plusieurs typologies ont été proposées à partir de la gravité des conséquences physiques résultant des gestes d'automutilation ou selon le type d'offenses infligées. Pour Matthews et Wallis (2002), les blessures auto-infligées se divisent en deux groupes. Dans le premier, les blessures sont faites avec l'intention de se donner la mort et dans le deuxième groupe, elles sont faites sans intention de mourir. Les blessures auto-infligées sans atteinte à la vie se subdivisent, selon les auteurs, en trois types : celui des coupures mineures répétitives et des brûlures, celui des blessures bizarres et extrêmes et celui des mouvements répétitifs comme le cognement de la tête. Scharbach (1986) fait également une distinction dans le choix des termes à employer; l'automutilation serait la mutilation d'un membre ou d'une partie du corps

à proprement parler, tandis que, le terme auto-offense serait utilisé dans les autres types de mutilation (phlébotomie, excoriations cutanées, grattage, trichotillomanie, auto-cogement de la tête, tatouages, etc.). Selon cet auteur, «... une différenciation pourrait être réalisée entre les auto-offenses intéressant les orifices du corps et celles de l'enveloppe cutanée » (Scharbach, 1986, p.33). Dans une perspective psychanalytique, il illustre les fonctions et l'importance de la peau en se référant à la surface de projection de Freud et au Moi-peau d'Anzieu. Il ajoute que les auto-offenses de l'enveloppe cutanée sont reliées au stade oral, stade où les échanges se font par les caresses maternelles sur la peau de l'enfant. Ces échanges favorisent la communication entre ces derniers et sont à la base du développement des premiers investissements narcissiques et affectifs de l'enfant. Dans ce contexte, la peau est vue comme un moyen de communication primaire qui est en contact continu avec l'extérieur. Elle est en soi une limite différenciant l'intérieur de l'extérieur et permet de retenir à l'intérieur les bons éléments provenant de l'extérieur. Les orifices, quant à eux, sont dans un rapport discontinu avec l'extérieur et Scharbach (1986) identifie la bouche comme étant la première limite avec le monde extérieur. La bouche, par son ouverture ou fermeture sur le monde, joue un rôle capital dans les processus d'introjection, d'incorporation et dans l'éveil du symbolique au stade oral. Cependant, lorsque les auto-offenses sont faites par l'introduction d'objets dans des cavités naturelles, la problématique ne concerne plus nécessairement le stade oral, mais plutôt le stade correspondant à l'orifice utilisé. Dans ce type d'auto-offenses, l'auteur explique que l'économie du système psychique est différente. Il y aurait donc déni de l'introjection parce qu'étant non reliée au stade oral et déni d'une fantasmatique intrusive. Cette distinction ne se retrouve pas chez la majorité des auteurs, mais toutefois, à partir d'une recension des écrits sur le symptôme de l'automutilation, Suyemoto (1998) en arrive à une définition plus descriptive considérant l'automutilation comme étant : « ... un comportement répétitif, direct, socialement inacceptable qui cause des blessures physiques mineures à modérées; quand il y a automutilation, l'individu est dans un état psychologiquement troublé,

mais ne tente pas de se suicider ou de répondre à un besoin d'autostimulation ou à un comportement stéréotypé caractéristique d'un retard mental ou de l'autisme ». Dans sa définition, l'auteure fait une distinction de l'automutilation chez les personnes ayant un diagnostic de retard mental ou d'autisme en raison des buts visés, comme le besoin de communiquer ou d'autostimulation, qui sont différents de ceux rencontrés dans les populations qui n'ont pas ces diagnostics. Nous avons retenu ces définitions, car les comportements d'automutilation que nous avons pu observer chez les patients borderline rencontrés étaient faits sans intention de mourir ce qui est différent de ce que nous avons pu observer lors de crises suicidaires. Nous avons également observé chez ces mêmes patients, tout comme Scharbach (1986), que les attaques se font généralement sur la peau dans l'idée de résoudre les conflits reliés à la phase orale et à la grande dépendance face à l'objet qui peut être perçu comme une menace. Notre intérêt porte plus spécifiquement sur les comportements d'automutilation qui sont en lien avec les relations précoces et le développement du self mais ils sont parfois difficiles d'accès, car les patients craignent souvent d'en parler ou parce que les patients diminuent l'importance de ces comportements.

Il semble donc difficile d'évaluer le nombre d'individus manifestant ce symptôme, car la plupart des cas rapportés sont des cas qui ont nécessité des soins hospitaliers; or la majorité des personnes s'automutilant s'infligent des blessures mineures qu'elles peuvent soigner elles-mêmes. Walsh et Rosen (1988) en arrivent quand même à partir d'une recension des écrits (1970 à début 1980) à évaluer l'incidence de ce symptôme pour la population américaine, entre 14 et 600 personnes qui s'automutilent par 100 000 de population annuellement. Welch (2001) quant à elle, en arrive à une incidence de 700 à 1100 pour les personnes qui s'automutilent sans atteinte à la vie par 100 000 de population, et ce, à partir de recherches s'échelonnant entre 1970 et 2000 sur des échantillons cliniques ou non. L'incidence semble encore plus élevée chez les patients hospitalisés qui comptent 20% comparativement à 4,3% dans la population en général (Suyemoto, 1998). Du côté

des adolescents, une recherche canadienne obtient un taux 16,9% de jeunes qui s'automutilent, près de la moitié de ces derniers ont eu recours à cette méthode plus de trois fois et la moyenne d'âge de ceux-ci, serait de 15 ans (Nixon, 2008). Il semblerait également que les jeunes qui s'automutilent fréquemment utilisent une grande variété de comportements (Whitlock, 2006), comme la plupart des personnes qui s'automutilent, il est possible d'évaluer d'après les recherches faites au sein de populations cliniques que 70% se font des coupures cutanées, entre 21% et 40% se frappent ou se cognent et de 15% à 35% brûlent leur peau (Klonsky et al., 2003). Le symptôme de l'automutilation est associé avec plusieurs diagnostics, selon Klonsky et al. (2003), les liens avec les traits de personnalité borderline, le suicide, la dissociation, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique semblent bien établis par les recherches tandis que ceux concernant la toxicomanie, la dépression ou les désordres alimentaires semblent moins clairs.

En ce qui concerne le lien avec les troubles de personnalité borderline, certains critères comme l'instabilité affective et l'impulsivité pourraient être en fait une sorte de prédisposition pouvant porter l'individu ayant ce trouble à s'automutiler. Par exemple, l'instabilité affective qui caractériserait les personnes borderline amènerait de grands changements dans l'intensité de certains affects comme la rage, l'anxiété et plusieurs oscillations entre la dépression et l'anxiété (Koenigsberg et al., 2002). Ces affects de rage, d'anxiété et de dépression sont difficilement contrôlables chez les personnes borderline et l'automutilation viendrait diminuer temporairement ces affects douloureux en étant une forme de régulation de ces affects. Cependant, lors de comportements suicidaires, les personnes borderline seraient plus influencées par les changements brusques des affects plutôt que par les affects négatifs (Yen et al., 2004). Nous croyons important d'inclure l'automutilation comme critère dans l'évaluation du risque suicidaire, car suite à des gestes d'automutilation, la personne a plus de chance de commettre une tentative de suicide dans les six mois suivants ces gestes que celles qui ne s'automutilent pas (Cooper et al., 2005). Plusieurs études

démontrent également que près de la moitié des gens qui se suicide ont un historique démontrant des comportements d'automutilation et que 20% à 25% ont eu un épisode d'automutilation dans l'année qui a précédé leur mort (Comtois, 2002). Même si l'automutilation n'est pas un geste suicidaire comme tel, l'évaluation du risque suicidaire devrait être quand même faite chez les adolescents et les jeunes adultes qui s'automutilent, car il semblerait que l'automutilation soit un moyen dysfonctionnel d'éviter le suicide (Whitlock, J. & Knox, K.L., 2007). L'impulsivité est un autre élément qui pousserait la personne borderline vers des comportements destructeurs pour diminuer l'intensité des affects négatifs ne pouvant être évacués par un processus de mentalisation. Cette impulsivité marquée amènerait plus rapidement la personne borderline à utiliser l'automutilation lors d'une situation dans laquelle elle se sent débordée par des affects incontrôlables. Il semblerait que l'impulsivité des personnes borderline pourrait être reliée à un dysfonctionnement du cortex orbitofrontal. Possiblement en raison d'un volume plus petit du cortex lui-même ou en raison d'un niveau d'activité plus bas et qui ressemblerait à l'impulsivité observée chez des patients ayant des dommages au cortex orbitofrontal (Berlin et al., 2005). L'instabilité affective et l'impulsivité démontrent un niveau d'intégration du self plutôt déficitaire. Certaines personnes borderline en viennent à avoir des comportements automutilant pour autoréguler les affects qui les submergent, phénomènes également observés lors de nos suivis cliniques. Les liens entre l'automutilation et les traits de personnalité borderline sont complexes, car l'automutilation apparaît dans diverses situations et peut servir des buts différents que nous tenterons d'expliquer dans les pages suivantes.

2.5 Contextes d'apparition et dynamique de l'automutilation

Même si l'automutilation peut apparaître dans des contextes variés, il est possible de dégager quatre contextes qui facilitent son émergence et qui sont en liens

avec les relations précoces et le développement du self selon nous. Ainsi, l'automutilation pourrait survenir lors d'un abandon, ou pourrait être vu comme un moyen de reprendre le contrôle, ou un moyen pour diminuer les dommages qui seraient faits au self, ou comme une réponse face à une menace de perte de l'identité. Dans cette section, nous tenterons de faire des liens entre les relations précoces et les quatre contextes d'apparition du symptôme de l'automutilation.

Les personnes qui s'automutilent ont souvent un niveau de développement du self qui ne leur permet pas d'entrer en relation de façon mature. Ainsi les difficultés relationnelles vécues favorisent l'émergence de symptômes tels que l'automutilation. L'automutilation peut apparaître dans des contextes variés chez une même personne, mais il semblerait que ce symptôme émergerait fréquemment à la suite d'un abandon réel ou perçu (Suyemoto, 1998). Lorsque le développement du self subit un arrêt lors des premières phases, comme chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline, la grande dépendance vis-à-vis de l'objet entraîne parfois le sentiment d'être abandonné, car l'objet ne peut réellement combler leurs attentes ou leurs besoins qui restent la plupart du temps inexprimés concrètement. Face à ce sentiment d'abandon, une tendance à l'isolement est souvent remarquée chez les personnes s'automutilant et elles disent généralement ressentir une grande anxiété qui peut parfois s'accompagner de peur, de colère, de honte, de dépression et même d'un état de dissociation. À un niveau pulsionnel, il serait possible d'affirmer que la personne qui en vient à s'automutiler pourrait s'isoler dans le but de diminuer l'apport d'excitation provenant de l'environnement, car le système semble déjà surchargé, ce qui s'expliquerait aussi par la grande anxiété ressentie. La différenciation de l'excitation provenant de l'intérieur et de l'extérieur devient plus vague. Il semblerait que la douleur n'est pas présente lors du geste automutilant, qu'un sentiment de détente apparaîtrait par la suite et que cette diminution de l'anxiété pourrait être confirmée par des mesures physiologiques (Klonsky et al., 2003). Dans ce contexte,

l'automutilation permettrait donc de diminuer l'anxiété ou une excitation trop intense dans le système psychique.

L'automutilation ne ferait pas que diminuer l'anxiété, mais serait également un moyen de reprendre le contrôle chez les personnes qui la pratiquent. Par exemple, chez des femmes qui s'automutilent en se faisant des lésions cutanées, Harris (2000) observe que, suite à un événement habituellement traumatique, elles expliquent leurs lésions cutanées comme une façon de couper le mal émotionnel qu'elles ressentent et de ce fait le contrôler. Dans cet exemple, l'automutilation serait quelque chose de moins coûteux pour le self car : « ...le but de cet acte est d'exercer un contrôle sur le corps et l'environnement et d'obtenir une détente; qu'un but supplémentaire puisse être de traduire une douleur émotionnelle en douleur physique et que cet acte est loin d'être aléatoire ou irrationnel, se couper peut être un moyen de limiter les dommages fait au self » (Harris, 2000, p.170). En s'attaquant au corps, les limites du self deviennent plus claires et la surcharge émotionnelle est changée par une douleur physique qui semble plus réelle et contrôlable, car elle est infligée par soi-même. En diminuant la tension psychique, le self retrouve un certain équilibre donc malgré la destruction qu'implique l'automutilation, c'est le désir de trouver un état émotionnel plus cohérent qui semble faire émerger ce geste, comme il est souvent rapporté par les personnes ayant ce symptôme.

Par exemple, dans une recherche via Internet ayant pour but d'investiguer le self des personnes s'automutilant, Adams et al. (2005) se sont basés sur trois fonctions de l'automutilation. La première fonction est le *coping* qui est un moyen de faire face à la tension ressentie. Dans ce cas, l'automutilation viendrait alors faciliter le relâchement de la tension, soulagerait des émotions déplaisantes et permettrait de changer d'état affectif. Deuxièmement, l'automutilation permet d'exercer un contrôle sur le monde quand la personne se sent submergée, par exemple, par les demandes des autres, par les imperfections de son corps, par la réalité, etc. La dernière fonction,

la validation, permet à la personne qui s'automutile de valider sa souffrance en créant une manifestation physique de leur souffrance interne. La fonction de validation du self est le concept auquel les participants ont fait référence le plus fréquemment et est décrit par ceux-ci comme représentant : « ...un désir apparent de maintenir un sens du self qui est légitime, défendable, et acceptable, à la fois intérieurement (à eux-mêmes) et extérieurement (aux autres) » (Adams et al. 2005, p.1300). D'après les données recueillies par Adams et al. (2005), les participants ont tendance à se dévaluer, ont le sentiment d'être inadéquat, questionnent et déprécient leurs connaissances, croient mériter ce qui leurs arrivent, etc. Il semblerait que le self de ces individus est invalidé intérieurement par leurs doutes et le dégoût qu'ils ont d'eux-mêmes. Les répondants semblent dire qu'ils acquièrent un sens du self à partir des descriptions faites par les gens de l'environnement, ce qui représente pour eux des données objectives et valides les concernant. Les auteurs soulignent l'importance du diagnostic clinique pour les participants et leur tendance à développer une forme d'identité pathologique en lien avec celui-ci. Les participants voient le diagnostic comme une forme de justification pour leurs actes et pensées et est donc une donnée valide et indiscutable, car il est fait par des professionnels. En l'absence d'un diagnostic précis, les participants déclarent en trouver un qui fera sens pour eux et les autres. Un autre concept valide pour les participants est l'intelligence parce qu'elle est mesurable de façon objective. Toutefois, même si les descriptions provenant de l'extérieur permettent de valider le self, la durée de leur effet est minime, car elles sont presque aussitôt invalidées par le self intrinsèque. Pour être acceptés des autres, les répondants expliquent dénier leur self véritable pour en présenter un qui correspondrait mieux à ce que les autres attendent d'eux. Ils expriment également avoir recours à la validation des autres pour réguler leurs affects et garder ainsi une certaine cohésion de leur self. La première stratégie utilisée alors par les participants est de remplir les attentes des autres, même s'ils doivent mettre de l'avant un self qui ne correspond pas à leur réalité interne. La deuxième stratégie est l'isolement qui permettrait par l'évitement du contact avec les autres, particulièrement les personnes

inconnues, d'empêcher l'invalidation qui pourrait subvenir. Cependant, le désir des répondants est d'atteindre un état de congruence qui pourrait s'acquérir selon eux, si les autres pouvaient accepter leur vrai self ou s'ils pouvaient changer leur self pour qu'il soit satisfaisant aux yeux des autres. Par contre, les répondants se perçoivent comme des gens normaux mis à part leur symptôme d'automutilation qu'ils considèrent comme relevant de la folie créant alors l'invalidation du self. Le jugement négatif des autres face à leurs gestes à caractère automutilant vient d'autant plus invalider leur self en leur démontrant que ces gestes et leur manière d'être sont inacceptables. Cependant, les répondants parlent du manque d'empathie de la part des autres comme étant l'élément le plus invalidant pour leur self. L'étude fait ressortir le besoin pour les personnes qui s'automutilent d'être reconnues comme individu et ce, au-delà de leurs gestes autodestructeurs.

L'automutilation pourrait survenir aussi dans un contexte où le sujet se sent menacé dans son identité. Ainsi, dans une épistémologie pulsionnelle, Jeammet (1997) explique que les sujets ayant des assises narcissiques peu consolidées et des structures intrapsychiques mal définies peuvent utiliser la violence dans le but de reprendre le contrôle sur l'objet qui devient une menace pour leur identité. Tout d'abord, il décrit les assises narcissiques comme étant les éléments qui permettent la continuité du sujet et qui lui assurent la permanence de son investissement envers lui-même. Elles se forment à partir de la relation d'objet qui permet à l'enfant d'intérioriser les objets et de développer ainsi sa capacité auto-érotique. Les identifications, quant à elles, permettront à l'enfant de se former plusieurs imagos différenciées qui sont essentielles pour le développement des structures intrapsychiques. Plus les identifications sont variées, moins elles sont menaçantes pour l'enfant. Celles-ci contribueront à la formation du Surmoi et de l'Idéal du Moi qui empêcheront que les objets soient investis de façon totalitaire, ce qui donnerait ainsi à l'objet un pouvoir absolu. La capacité auto-érotique ou la qualité libidinale prend donc racine dans les premières relations à l'objet qui permettent à ce dernier

d'être pris en soi et de diminuer alors la dépendance ressentie face à lui. Toutefois, lorsque l'enfant ne peut s'identifier ou investir l'objet, la capacité auto-érotique est déficiente et l'excitation procurée par les soins maternels a alors une intensité trop forte pour son psychisme. Il le vit alors comme quelque chose de potentiellement violent et qui devient une menace pour son identité. Les sujets ayant des assises narcissiques peu consolidées seraient donc enclins à la violence devant l'intolérable dépendance qu'ils ressentent face à l'autre, le besoin de l'objet est tellement grand que le sujet lui donne une force et perçoit l'objet comme ayant une maîtrise sur lui. Ce pouvoir qu'il donne à l'objet devient alors une menace à son identité à cause de l'intensité des pulsions ressentie et du débordement émotif qui s'en suit. Jeammet (1997, p.16) explique que :

Ce débordement entraîne une situation de dédifférenciation : pertes des différences entre dedans et dehors, entre le sujet et ses objets d'investissement, et à l'intérieur du sujet lui-même entre les différentes instances de son appareil psychique. Il est possédé, habité par ses émois et par l'objet qui en est la source : la seule issue en est l'expulsion de l'excitation désorganisée sur un élément du cadre extérieur (qui n'est pas nécessairement l'objet d'investissement initial) sur lequel le patient va chercher à exercer un contrôle tout-puissant et une maîtrise qu'il ne peut appliquer à ses émois internes.

L'identité ne se retrouve qu'au prix d'une violence manifestée sur l'extérieur comme moyen pour rétablir les frontières du Moi. Elle permettrait une reprise du contrôle en instaurant une coupure entre ce qui vient de l'intérieur et de l'extérieur. Comme le Moi de ces individus n'est pas consolidé, il semble difficile pour le sujet de garder une juste distance entre lui et ses objets d'investissement. Ce qui pourrait l'amener aussi à se mettre en retrait ou à ressentir une menace sur son identité par une trop grande proximité, menace qu'il anéantira par un acte de violence.

Comme le self de l'individu qui s'automutile est divisé et que ce sont les pulsions agressives qui sont au premier plan lors des comportements d'automutilation, il semble facile de conclure qu'il s'agit d'agressivité. Mais d'un point de vue psychanalytique, elle serait qualifiée de violence. Les différences entre

agressivité et violence sont importantes et elles seront explicitées dans les pages qui vont suivre. Comme elles ne desservent pas les mêmes buts, elles ont donc une influence différente dans la dynamique intrapsychique de l'individu.

2.6 Violence VS Agressivité

Pourquoi parle-t-on alors dans l'automutilation de violence plutôt que d'agressivité? Nous clarifierons les deux concepts à l'aide de la théorie psychanalytique de Bergeret pour ensuite expliquer comment les actes violents, telle l'automutilation, peuvent être considérés comme des passages à l'acte en thérapie. Pour terminer, nous expliquerons brièvement comment le thérapeute peut aider le patient à éviter certains passages à l'acte en lui fournissant un espace pouvant contenir ses identifications projectives.

La violence et l'agressivité pourraient se différencier principalement selon le but que chacune d'elle dessert. Pour Bergeret (2000), la violence serait liée à un instinct de vie et de survie ayant une fonction défensive tandis que l'agressivité, elle, serait liée à une composante érotique donc libidinale dont le but est d'obtenir du plaisir. Dans *La Violence fondamentale* (2000), Bergeret explique que la violence fait appel à des processus plus archaïques de lutte pour la survie, mais le lien se fait avec des objets qui semblent peu différenciés et moins spécifiés. L'individu aux prises avec cette violence ressent un besoin de reprendre le contrôle sur l'objet, et ce, de façon toute puissante pour faire face à l'angoisse de mort qui le menace. L'enjeu est donc sa propre survie au prix de celle de l'autre. La violence n'est alors pas nécessairement dirigée vers l'objet, mais peut également être dirigée vers soi. Elle sert alors à délimiter l'autre de soi, ou bien ce qui vient de l'intérieur et ce qui vient de l'extérieur. L'agressivité pour sa part, utilise des mécanismes plus évolués qui font appel au préconscient et/ou au conscient donc à des processus secondarisés. L'agir

agressif engendre une culpabilité de type œdipienne dont le but serait de prendre du plaisir par le mal infligé à l'autre. Ceci démontre une composante libidinale, ou érotique parce que l'objet est investi et parce que l'agressivité se joue dans le lien avec l'autre. L'agressivité est en fait une manifestation des diverses façons d'unir les pulsions d'amour et de haine au sein d'une relation où préfigure l'ambivalence affective. Le plaisir ainsi retiré pendant l'acte agressif amène une culpabilité d'avoir endommagé ou détruit l'objet. Cette culpabilité naît dans la relation triangulaire œdipienne qui demande d'abord une intégration et une élaboration de la violence fondamentale liée à la dyade. C'est donc par l'élaboration des conflits archaïques violents que l'excitation qui y est reliée peut trouver une voie vers une décharge libidinale qui mène à la génitalité. Lorsque la décharge libidinale ne peut se faire librement l'excitation qui ne pourra être liée à une représentation formera un surplus au sein du système psychique qui tendra à l'évacuer par d'autres moyens. Ainsi, pour Bergeret (2000, p.170), le niveau d'intégration de la violence primitive reste très important, car :

Toute poussée incitatrice dirigée trop tôt par l'analyste vers les inscriptions génitales ne peut être reçue que comme une excitation insupportable impossible à intégrer dans une chaîne associative œdipienne et ne peut se voir rangée du même coup et d'emblée que du côté des représentations purement violentes inacceptables. C'est l'angoisse d'anéantissement qui augmente en conséquence sous sa forme violente primitive ainsi les non moins violentes réactions vécues comme le « légitime défense ».

Cette violence est difficilement verbalisable et c'est parfois par un geste violent, le passage à l'acte, que le patient peut trouver une sorte de soupape lui permettant de se libérer de l'angoisse reliée à ce surplus d'excitation non liée.

À ce moment, le self de l'individu serait divisé ou clivé et l'automutilation, en tant que passage à l'acte, rétablirait l'équilibre du self en abaissant la tension ressentie du moins temporairement. Millaud (1998, p.16) explique que lors du passage à l'acte l'individu se sent submergé et donc incapable de demander de l'aide : « nous nous situons alors dans le registre de la solitude, du désespoir, de l'évacuation

de l'autre et aussi, souvent, de la tentative désespérée de contrôler l'autre à tout prix et qui s'accompagne souvent d'un sentiment d'omnipotence ». Il semblerait que ce soit la menace de la perte de l'individuation au sein d'une relation fusionnelle qui réactiverait le mécanisme de défense archaïque qu'est l'omnipotence. Comme le nourrisson, l'individu passant à l'acte se sent dépendant de l'objet. Il a alors recours à l'omnipotence pour mieux gérer les frustrations et les séparations en maintenant ainsi le sentiment d'avoir un contrôle absolu sur l'objet. Le passage à l'acte se manifeste quand l'excitation ne peut être élaborée par un processus de mentalisation qui rétablirait l'équilibre du système psychique.

La diminution des passages à l'acte est observable en thérapie quand le patient utilise la fonction contenante du thérapeute pour verbaliser sur les identifications projectives qui se manifestent pendant les séances et pour mentaliser les conflits réactivés par ces identifications projectives. Pour Brunet et Casoni (1998), le patient pourra se servir de la fonction contenante du thérapeute s'il parvient à ne pas dénier totalement l'existence de l'objet et/ou de sa dépendance face à lui. Toutefois, les auteurs expliquent que : « Plus souvent qu'autrement cette recherche d'un « contenant » pour les identifications projectives du patient est vécue par le psychothérapeute comme un risque persécutif trop coûteux qu'il ne réussit à assumer qu'après un effort d'autoanalyse important » (Brunet & Casoni, 1998, p.167). Cependant, le patient en utilisant la fonction contenante du thérapeute réactive chez ce dernier des contenus primitifs par ses identifications projectives. Mais pour que la thérapie n'aboutisse pas à une impasse qui se manifesterait chez le patient par un passage à l'acte, selon les auteurs, le thérapeute doit avoir la capacité de se reconnaître dans les identifications projectives du patient, tout en contenant en lui-même ce qui aurait été activé concernant ses propres conflits archaïques.

Le passage à l'acte peut alors prendre des formes variées, mais les tentatives de suicide et l'automutilation sont les formes les plus communes. Elles sont souvent

considérées comme une « spécialité comportementale » des personnes ayant un trouble de personnalité borderline (Gunderson & Ridolfi, 2001). Cependant, malgré le fait que le symptôme de l'automutilation soit fréquemment associé à ce trouble, il n'est pas systématiquement présent chez tous les sujets borderline, qui forment un groupe disparate et difficile à définir. D'après les critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline, il est possible de dire que la cohésion du self chez ces individus est précaire et que le symptôme de l'automutilation devient un moyen pour tenter de retrouver une certaine unité de leur self. Ces actes de violence sont souvent considérés comme des passages à l'acte en thérapie et représentent parfois un défi pour le thérapeute et l'équipe de soins qui ont à gérer des situations de crise. Il semble parfois difficile de trouver un traitement efficace, c'est ce que nous tenterons d'expliquer dans la prochaine section.

2.7 Traitements proposés

Plusieurs traitements ont été proposés pour les personnes ayant un trouble de personnalité borderline et présentant le symptôme de l'automutilation, mais les résultats semblent mitigés. Nous nous baserons donc sur les résultats de quelques recherches pour exposer certaines avenues de traitement pour les personnes qui s'automutilent et qui ont un trouble de personnalité borderline. Les effets de l'hospitalisation et de l'hospitalisation partielle jumelée à une thérapie seront tout d'abord présentés. Par la suite, nous parlerons de deux études qui s'intéressent aux traitements des patients ayant un trouble borderline et de leurs symptômes pour démontrer les changements thérapeutiques qui peuvent survenir après une thérapie à long terme.

Chez certains patients s'automutilant fréquemment, des blessures graves les conduisent à être hospitalisés suite à une visite à l'urgence. Dans quelques cas, la

chirurgie est nécessaire et le patient sera traité dans l'unité des soins médicaux avant d'être pris en charge par le département psychiatrique. Il semblerait que l'hospitalisation des patients qui s'automutilent est vécue comme une expérience difficile et souvent négative autant pour les patients que pour le personnel de l'hôpital impliqué dans le traitement de ces derniers. Selon Fagin (2006), plusieurs éléments pourraient aider le personnel à mieux gérer les soins des personnes qui s'automutilent fréquemment. Tout d'abord, il croit que tous les intervenants en contact avec le patient doivent suivre le même plan de traitement et avoir des objectifs clairs. Il est également important d'identifier les réactions contre-transférentielles et de les travailler en supervision, car cela permettra aux intervenants de ne pas être submergés par des émotions négatives lors du traitement de tels patients. Il explique qu'il n'est pas nécessaire de mettre ce genre de patients en observation constante, mais plutôt de les surveiller pendant la nuit et lorsqu'ils s'isolent en se retirant dans leur chambre le jour. Pour lui, même si le patient revient à plusieurs reprises après s'être automutilé chaque événement doit être vu comme un événement nouveau. Les motifs et causes de ces comportements sont très variés et leurs significations peuvent être différentes d'une fois à l'autre. Du côté du patient, Broadhurst et Gill (2007) ont observé que l'hospitalisation pourrait être vécue négativement chez les patients qui s'automutilent fréquemment. Cette expérience négative augmenterait même le risque de reproduire de tels gestes par la suite. Ils expliquent que les patients qui s'automutilent ont souvent une faible estime de soi et leur estime diminuerait davantage lorsqu'ils ont à faire face aux réactions négatives du personnel. Le fait d'être hospitalisé est également très difficile pour le patient qui s'automutile parce qu'il sent qu'il n'a plus de contrôle et qu'il doit se laisser soigner par du personnel qui pourrait avoir tendance à porter des jugements ou à avoir des affects négatifs envers lui. La baisse de l'estime de soi et l'hospitalisation augmenteraient le risque que ces patients s'automutilent à nouveau pendant leur séjour ou à leur sortie de l'hôpital. Les auteurs suggèrent une évaluation psychosociale de ces patients faite par des intervenants du service psychiatrique et non seulement une évaluation concernant les risques de récives. Ils

croient également que le personnel du service médical et celui du service psychiatrique devraient travailler ensemble dans l'intérêt de ces patients.

Cependant, plusieurs recherches démontrent l'efficacité d'une hospitalisation partielle jumelée à une psychothérapie pour les patients ayant un trouble borderline qui ont des tendances suicidaires et/ou qui s'automutilent. Par exemple, Oldham (2006) croit que malgré les nombreuses controverses sur l'hospitalisation des patients souffrant d'un trouble borderline un consensus favorisant la minimisation de l'hospitalisation chez de tels patients, a été établi. L'instauration d'un contrat et de limites claires sont souhaitables dans un cadre thérapeutique ainsi que de brèves hospitalisations lors de crise. Celles-ci permettront d'évaluer le patient et de le diriger vers les services appropriés (Fagin, 2004). Dans un article spécial intitulé *Psychotherapy of Personality disorders*, Gabbard (2000) observe qu'avec les patients borderline deux traitements spécifiques s'avèrent efficaces. La *Dialectical Behavior Therapy* et une thérapie psychodynamique, les deux jumelés à des hospitalisations partielles. Ces deux traitements permettent de diminuer les comportements suicidaires et à caractère automutilant. Cependant, la thérapie psychodynamique permettrait de changer certains affects dépressifs qui restent inchangés avec la thérapie behaviorale, données qui ont été confirmées par Verheul et al. (2003) lors d'une recherche clinique de 12 mois auprès de patientes ayant un trouble borderline résidant au Pays-Bas. Quant à eux, Bateman et Fonagy (1999) ont comparé deux groupes de patients avec un trouble borderline et présentant les mêmes symptômes, mais recevant un traitement différent, soit une approche psychanalytique avec hospitalisation ou soit des soins psychiatriques standards. Après six mois, les comportements d'automutilation étaient presque inexistants chez ceux traités par une approche psychanalytique avec hospitalisation tandis qu'il y avait peu de changement dans le groupe qui a reçu des soins psychiatriques standards. Dans un souci de voir si les changements ont perduré, les deux auteurs ont fait une autre recherche en 2001 auprès du groupe ayant suivi le traitement psychanalytique avec hospitalisations

partielles. Ils ont fait des rencontres après 24 mois, 30 mois et 36 mois, pour en arriver à constater que les symptômes de détresse ont diminué ainsi que les comportements d'automutilation. Ceci démontre que l'hospitalisation partielle fournit les outils pour que le patient puisse développer des capacités psychologiques pour mieux gérer les stress de la vie quotidienne. Les auteurs croient que les coûts reliés au traitement des borderline pourraient diminuer grandement en utilisant l'hospitalisation partielle comparativement à une hospitalisation prolongée. Ils suggèrent, toutefois, que d'autres études soient réalisées pour mieux évaluer les coûts et la faisabilité d'un tel programme de soins. En accord avec les études précédentes, Chiesa et al. (2004) en arrivent à la conclusion que le traitement avec hospitalisation partielle donne de meilleurs résultats comparativement à une hospitalisation à long terme ou à un programme de soins psychiatriques donné dans la communauté. Quant à eux, Stanley et al. (2001) rapportent qu'il est important de faire attention aux tentatives de suicide chez les personnes qui s'automutilent, car elles peuvent ressembler à une automutilation extrême et le potentiel d'y trouver la mort est alors minimisé par le thérapeute et le patient. Leurs résultats suggèrent également que chez les personnes s'automutilant qui commettent des tentatives de suicide, la régulation des affects se fait à l'aide de sources extérieures non seulement par les blessures infligées, mais aussi à travers leurs relations. Ceci peut donc les amener à privilégier le suicide, lorsqu'une relation se termine, comme un moyen alternatif de régulation des affects. Pour terminer, Zanarini et al. (2003) ont fait une étude s'échelonnant sur six ans auprès de patients ayant un trouble borderline hospitalisés. Leurs résultats suggèrent qu'il y a deux types de symptômes chez les borderline. Le premier type représente généralement les symptômes présents lors de crise tels que les tentatives de suicide, l'automutilation, les idéations quasi psychotiques, la régression, les problèmes contre-transférentiels. Ces symptômes illustrent la sévérité de la maladie, mais, par contre, ils tendent à disparaître plus ou moins rapidement et sont encore présents chez seulement une minorité de patients ayant un trouble borderline après six ans. Le deuxième type de symptôme est relié aux sentiments de vide, de rage, de

méfiance, de solitude, d'abandon, etc., qui forment en fait un aspect plus durable du tempérament chez ces patients. Ces symptômes disparaissent plus lentement et perdurent même après six ans chez la majorité des patients rencontrés ayant un trouble borderline. Zanarini et al. (2007) ont fait un suivi auprès des patients de l'étude après quatre ans. Ils ont alors constaté que la moitié des symptômes, ceux présents lors de crise, se sont résolus presque complètement et qu'une amélioration de l'autre moitié des symptômes est observable. D'après les résultats de leur recherche qui s'échelonne sur dix ans, les auteurs concluent qu'une amélioration des symptômes est possible et durable chez des patients borderline ayant un trouble sévère. Ils croient également que le pronostic de ces patients est souvent meilleur que celui généralement reconnu dans la communauté scientifique.

Selon nous, une thérapie qui tiendrait compte du développement et des aspects dysfonctionnels du self permettrait une meilleure compréhension du symptôme de l'automutilation chez les patients souffrant de ce symptôme avec un trouble de personnalité borderline. La discussion servira donc à exposer notre réflexion à partir de l'intégration de nos apprentissages théoriques et cliniques. Mais tout d'abord, nous avons choisi de présenter nos trois approches dans des sections différentes qui décriront les origines de la théorie, le développement du self, la définition du self, la motivation du modèle, les fonctions du self, la définition du trouble de personnalité borderline ou limite, la position thérapeutique de l'auteur et une présentation de cas. Nous ferons, pour terminer, des liens entre ces trois conceptions théoriques et le symptôme de l'automutilation chez les personnes borderline.

CHAPITRE III

APPROCHE PULSIONNELLE : LE MOI-PEAU D'ANZIEU

3.1 Origines de la théorie

Plusieurs courants idéologiques ont influencé la pensée d'Anzieu et c'est à partir de certains principes généraux qu'il développe la théorie du Moi-peau. Tout d'abord, l'importance accordée à la pharmacologie et aux explications biologiques dans la recherche en psychologie l'amène à créer un modèle qui puisse enrichir la pratique et la théorie en psychanalyse et en psychologie. La base biologique de son modèle est donc la peau comme donnée originaire d'ordre organique et imaginaire. La peau est vue comme un système de protection de l'individualité qui permet un échange avec autrui tout en gardant de façon spécifique les phénomènes psychiques qui sont mis en lien avec les réalités organiques ou les faits sociaux. Pour Anzieu (1995), une théorie du psychisme doit également pouvoir mettre en évidence la double dépendance du psychisme : tout d'abord face au fonctionnement de l'organisme vivant qui le supporte et puis face aux groupes auxquels il appartient et qui lui fournissent des stimulations, des croyances, des normes, des investissements, etc. Pour lui, la psychanalyse se différencie des autres approches du fait qu'elle tient compte du fantasme individuel conscient, préconscient et inconscient. Ce qui l'amène à voir le Moi-peau comme une réalité d'ordre fantasmatique qui est à la fois projection et surface de projection. Pour Anzieu (1995, p.26) « Le Moi-peau est une structure intermédiaire de l'appareil psychique : intermédiaire chronologiquement entre la mère et le tout-petit, intermédiaire structurellement entre l'inclusion mutuelle

des psychismes dans l'organisation fusionnelle primitive et la différenciation des instances psychiques correspondant à la seconde topique freudienne. Sans les expériences adéquates au moment opportun, la structure n'est pas acquise ou, plus généralement, se trouve altérée ». En différenciant les multiples configurations du Moi-peau, il arrive à la conclusion qu'elles proviennent d'une structure de base dont l'universalité suggère à une inscription préprogrammée dans le psychisme dont le but est l'actualisation. Anzieu (1995) ajoute donc à la deuxième topique freudienne de l'appareil psychique le principe de différenciation interne et le principe de contenance. Selon lui, les intérêts et la personnalité du chercheur déterminent l'objet de recherche et c'est donc par une démarche intuitive et créatrice qu'Anzieu élabore la métaphore du Moi-peau suite à un stage comme psychologue dans le Service de dermatologie du Pr. Graciansky (Chabert, 1996). C'est en utilisant le Rorschach dans son travail auprès de patients atteints d'eczéma que l'idée du Moi-peau lui est apparue pour répondre à certaines difficultés dans le traitement et permettre d'enrichir les interventions. Anzieu a pu observer dans la société qu'il y a un manque de limite, ce qui se reflète également dans sa clinique privée qui est constituée de près de la moitié de patients avec des troubles limites ou narcissiques de la personnalité. Selon lui, il faut réinstaurer des limites pour pouvoir accéder à un territoire habitable et permettre ainsi un échange entre les différentes parties de ce territoire. C'est à l'aide des concepts de Moi-peau et d'enveloppes psychiques qu'il parvient à enrichir le champ de la psychanalyse en fournissant un éclairage nouveau sur le concept des limites du Moi et des pathologies qui y sont reliées. Avec l'avancement de la science, un changement dans la recherche s'opère à compter du début du XXe siècle et l'intérêt principal ne porte plus sur le noyau ou le centre, mais plutôt sur l'écorce qui en serait le prolongement. C'est dans cette même ligne d'idées qu'Anzieu nous présente le Moi-peau comme une limite et un prolongement du Moi. Pour terminer, comme la psychanalyse se fait à partir de l'analyse des contenus psychiques, l'analyse de leur rapport à leur contenant doit être étudiée, selon lui. La technique doit être modifiée selon la problématique et le Moi-peau devient une métaphore utile

avec les patients limites et narcissiques. Cette métaphore permet au thérapeute d'avoir une disposition intérieure différente et d'avoir une communication démontrant une fonction contenant qui facilite ainsi l'intériorisation chez le patient. Le concept de Moi-peau a donc été élaboré à partir des observations cliniques d'Anzieu et de son intérêt pour les théories de Freud, de Winnicott, de Klein et de Bion, qui lui permettent de définir le Moi-peau et d'en expliquer sa formation.

3.2 La définition du Moi-peau

Tout d'abord, le Moi-peau est défini comme : «... une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de la peau » (Anzieu, 1995, p.61). Se basant sur les notions freudiennes, Anzieu (1995) explique que la phase orale n'implique pas seulement la relation sein-bouche, mais aussi une relation sein-peau. Pour Freud (1905) la zone érogène labiale est tout d'abord stimulée par le besoin alimentaire. L'ingestion du lait serait donc la source de plaisir qui amène l'enfant à un sentiment de réplétion. C'est donc par cette expérience que le bébé peut progressivement différencier le dedans du dehors et comprendre qu'il y a une surface qui lui sert de contenant. Avec l'apparition des dents, le besoin d'obtenir une satisfaction libidinale est séparé de la nutrition et l'enfant se met généralement à suçoter une partie de son épiderme qui deviendra une zone érogène de moindre importance. Mais la perception de la peau en tant que surface ne peut être acquise, selon Anzieu (1995), que lors du contact avec la peau de la mère et grâce à une relation d'attachement sécurisante. L'enfant a au départ le fantasme d'une peau commune avec la mère qui se forme suite au double feedback dans la relation mère-enfant. Cette peau commune est illustrée comme une interface permettant des échanges illimités entre l'enfant et la mère qui sont deux entités distinctes positionnées de chaque côté de cette interface qui les relie. Se basant sur la

notion de *handling* (Winnicott, 1975) il explique que l'entourage maternant consistant dans les soins, les caresses, les paroles, etc. permet l'élaboration de l'enveloppe externe pouvant laisser passer les messages de la mère. La surface du corps de l'enfant représente l'enveloppe interne qui est à la fois un lieu de réception des messages tout en étant un outil pour transmettre ces derniers. Toutefois, l'interface qu'est la peau commune modifie le fonctionnement psychique qui devient un système de plus en plus ouvert. La mère et l'enfant ont alors un fonctionnement qui se sépare progressivement, mais qui reste encore dans une relation symbiotique parce qu'ils sont reliés par cette peau commune. La dernière étape qui permet à l'enfant de développer un Moi-peau concerne l'effacement de la peau commune qui génère en raison de sa destruction, des fantasmes de peau arrachée, volée, meurtrie ou meurtrière. Si les angoisses liées aux fantasmes de cette dernière étape sont surmontées, l'enfant développera un Moi-peau créé, en quelque sorte, pour protéger son narcissisme en lui donnant une forme d'enveloppe narcissique fournissant à l'appareil psychique un bien-être de base assuré et constant. Le Moi-peau s'acquiert par un processus d'intériorisation double qui consiste en l'intériorisation de deux types de contacts que la mère entretient avec l'enfant. Premièrement, les contacts excitants manifestés par la mère lors des soins permettent à l'enfant de comprendre que sa peau est une surface considérée comme une zone érogène inférieure pouvant contenir les contenus psychiques. La deuxième étape est l'intégration des contacts signifiants qui sont des messages envoyés à l'enfant par l'entourage maternant se transformant en monde intérieur, celui des pensées, des images ou des affects. Pour chaque type de contacts un destin lui est réservé, ainsi les contacts excitants ont pour destin le masochisme et ceux signifiants ont pour destin le narcissisme. Ce processus d'intériorisation qui permet la constitution du Moi-peau devrait amener l'enfant à passer d'un narcissisme et d'un masochisme primaires qui ne sont pas reliés à l'objet, mais plutôt retournés vers la personne propre, à un narcissisme et à un masochisme secondaires, qui tiennent compte de l'objet dans l'investissement pulsionnel. Le conflit auquel l'enfant doit alors faire face est celui d'abandonner cette peau

commune avec la mère tout en préservant sa propre identité et en reconnaissant celle de cette dernière. Si le Moi-peau de l'enfant se développe du côté du masochisme, les contacts excitants reliés aux soins maternels amènent à une sensation de déplaisir parce que la mère ne peut assurer son rôle de pare-excitation en contrôlant la quantité ou la qualité de l'investissement libidinal. Ce sentiment de déplaisir est en fait causé par l'alternance entre une hyperstimulation et une privation du contact physique avec la mère, ce qui est à la base de la souffrance masochiste. Cette souffrance liée à la satisfaction et la frustration du besoin d'attachement se voit plutôt comme un fantasme de peau écorchée par la mère, par celle qui donne les soins et qui peut la réparer, au lieu du fantasme de peau commune avec cette celle-ci. Pour Anzieu (1995), le Moi-peau de l'enfant se construit alors en fonction de l'enveloppe d'excitation, mais aussi de l'enveloppe de souffrance. Ces enveloppes seront réactivées lors d'expériences ultérieures à cause de la compulsion de répétition qui réactive certaines pulsions refoulées et qui provoque ainsi du déplaisir au Moi. Par contre, lorsque le Moi-peau se développe du côté du narcissisme, le fantasme de peau commune est remplacé par le fantasme d'une peau « renforcée et invulnérable » parce que la mère à l'aide des contacts signifiants répond automatiquement aux besoins de l'enfant. Elle crée ainsi l'illusion d'un narcissisme double que l'enfant croit avoir à sa disposition et qui est illustré par l'accolement du narcissisme de sa mère au sien (Anzieu 1995). C'est donc en lien avec la quantité et la qualité de l'investissement pulsionnel que le Moi-peau pourra se développer.

3.3 La motivation dans le modèle du Moi-peau

La motivation première du Moi-peau serait de fournir à l'individu un contenant sous forme d'enveloppes psychiques pour délimiter l'intérieur de l'extérieur. Ce qui aiderait à la gestion du monde pulsionnel interne et des stimuli en provenance de l'environnement. Il s'agit donc d'une conception théorique dont la

motivation est d'ordre pulsionnel se basant en parties sur les caractéristiques freudiennes du Moi. Tout d'abord, il faut considérer le Moi comme une surface à double feuillet. Freud (1920) décrit le premier feuillet, celui externe comme un celluloïd qui servirait de pare-excitation. Le deuxième, le feuillet interne ressemble à un papier ciré et a pour fonction d'être le récepteur sensoriel des excitations extérieures et de permettre leurs inscriptions. La couche externe qui est une surface sensible et vigilante qui reçoit les perceptions, mais ne les mémorise pas est différenciée de celle interne qui est une surface d'inscriptions des traces donc de mémorisation. La couche externe fait alors appel à la conscience tandis que celle interne relève du préconscient. Pour terminer, Freud (1920) rajoute que l'investissement pulsionnel du Moi par le Ça n'est pas continu fournissant ainsi au Moi une représentation primaire du temps. À cette dernière caractéristique freudienne du Moi, Anzieu (1995) adjoint que le Moi acquiert le sentiment d'une continuité temporelle si le Moi-peau permet un échange avec l'environnement tout en conservant son rôle de contenant pour les contenus psychiques. Nous pouvons donc conclure que le Moi-peau est une forme de barrière qui délimite l'intérieur de l'extérieur. Cela permet donc de contrôler la quantité d'excitation externe qui pénètre dans le monde interne, le monde pulsionnel. Si la limite est bien établie, le système psychique pourra gérer l'excitation externe et interne et maintenir ainsi son économie.

3.4 Les fonctions du Moi-peau

Le Moi-peau étant défini comme une enveloppe narcissique est donc un ajout à la définition du Moi freudien et permet à Anzieu (1995) de faire un parallèle entre les fonctions du Moi et celles du Moi-peau. La première fonction est celle de la maintenance du psychisme qui se développe suite à l'intériorisation des mains de la mère lorsqu'elle soutient le bébé ou ce que Winnicott (1975) a défini comme le *holding*. Le Moi-peau est une partie intériorisée de la mère qui garde le psychisme du

bébé en état de fonctionner. À ce niveau, c'est la pulsion d'agrippement ou d'attachement qui est mise de l'avant, car l'enfant recherche un support sur lequel il pourra se blottir et être soutenu. C'est en s'appuyant sur sa mère que l'enfant développe un appui interne sur sa colonne vertébrale qui lui servira de support pour se redresser. La mère peut donc être vue comme un support ou un axe externe qui maintient le corps et le psychisme de l'enfant. À cela, Anzieu (1995) ajoute que les mécanismes de défenses primaires, tels que le clivage et l'identification projective, émergent de l'adossement du Moi à cet axe qu'est la mère. Cependant, l'enfant doit pouvoir s'y adosser avec le sentiment d'être en sécurité et cela peut s'acquérir, selon Anzieu (1995, p.122) « ...que s'il est sûr d'avoir par son corps des zones de contact étroit et stable avec la peau, les muscles et les paumes de la mère et, à la périphérie de son psychisme, un encerclement réciproque par le psychisme de la mère ». Mais c'est avec les soins maternels, le *handling* (Winnicott, 1975), que le Moi-peau de l'enfant acquiert sa deuxième fonction, celle de contenance. Comme la peau recouvre tout le corps, les soins maternels amènent l'enfant à percevoir sa peau comme un sac. Le Moi-peau, quant à lui, recouvre le psychisme sous forme d'écorce dont le noyau est l'investissement pulsionnel du Ça. Le Moi-peau doit alors rester en relation avec le monde pulsionnel pour continuer d'exercer sa fonction contenante et la continuité du Soi dépend de cette relation complémentaire. Troisièmement, par sa fonction de pare-excitation le Moi-peau permet le passage des stimuli en provenance de l'environnement tout en contrôlant l'intensité de l'excitation. La quatrième fonction est l'individuation du Soi qui s'établit grâce à la relation avec les objets d'attachement et d'amour qui permet à l'enfant de développer un Moi-peau et une identité propre. Le Moi-peau est alors vu comme les frontières du Moi. Cinquièmement, la fonction d'intersensorialité est définie par Anzieu (1995, p.127) ainsi : « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originare qu'est l'enveloppe tactile : c'est la fonction d'*intersensorialité* du Moi-peau, qui aboutit à la constitution d'un « sens commun », dont la référence de base se fait toujours au

toucher ». Comme la peau est investie libidinalement par la mère lors des soins la sixième fonction du Moi-peau en découle en étant une surface de soutien de l'excitation sexuelle. Ceci permet lors du développement normal de localiser des zones érogènes, de reconnaître la différence des sexes et de désirer une relation hétérosexuelle. Septièmement, le Moi-peau occupe une fonction de recharge libidinale du système psychique parce que la peau est une surface constamment stimulée par les excitations externes. Le Moi-peau doit donc maintenir la tension énergétique interne et la répartir de façon appropriée entre les différents sous-systèmes psychiques. Huitièmement et pour terminer, le Moi-peau a une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles qui fournissent une image de la réalité. Lorsque certaines fonctions du Moi-peau n'opèrent pas de façon adéquate, certaines pathologies peuvent apparaître.

3.5 La définition des états-limites pour Anzieu

Pour Anzieu, le Moi-peau des états-limites est déformé dans sa structure parce que les deux surfaces se fondent en une seule, de plus, elle est tordue en tous sens à la manière d'un anneau de Moebius. Cette caractéristique du Moi-peau en anneau serait un dérivé d'une relation incohérente avec l'entourage maternel. La mère alternerait ainsi de façon violente entre l'excitation et la communication. Lorsqu'elle stimule l'enfant à ces deux niveaux elle le fait par une stimulation excessive suivie d'un arrêt brutal. C'est l'alternance violente entre une excitation excessive et un arrêt brusque de celle-ci qui amène l'enfant à construire un Moi-peau en anneau. Il devient alors difficile pour l'individu de reconnaître ce qui vient de l'intérieur ou de l'extérieur. Une partie du système perception-conscience est altérée, elle amène parfois l'individu à se sentir comme un observateur extérieur de sa propre vie en gardant toutefois, un contact avec la réalité assez adapté pour ne pas conclure à un état psychotique. Les affects représentant généralement le noyau existentiel de la personne sont renvoyés

vers la surface et deviennent prisonniers des torsades du Moi-peau. Ces affects isolés sont en fait des morceaux du Soi cachés qui refont parfois surface et dont l'individu n'en reconnaît pas l'appartenance. Avec le déplacement des affects primaires violents vers la périphérie, le centre ou noyau se retrouve vide. Pour Anzieu (1995, p.150) : « ...l'angoisse de ce vide intérieur central fait l'objet de la plainte essentielle de ces patients, à moins qu'ils ne soient parvenus à le remplir de la présence imaginaire d'un objet ou d'un être idéal ». Chez les états limites ce sont les fonctions de contenance, de maintenance, de pare-excitation et de recharge libidinale qui ne remplissent pas leurs rôles de façon adéquate à cause de la structure altérée du Moi-peau. Comme la personne état-limite ne reconnaît pas certaines parties de son Soi, Anzieu (1995) explique que le recours à la mutilation de la peau serait en fait une tentative pour rétablir un état de cohésion et d'intégrité en conservant les limites du corps et du Moi. La blessure infligée à la surface de la peau permet de réintégrer cette surface comme contenant donc de délimiter les excitations externes de celles internes. L'acte automutilant répondrait alors à un besoin de retrouver un état de cohésion par une stimulation externe excessive. Anzieu (1995) propose donc de modifier certains aspects du traitement psychanalytique pour l'adapter à ce genre de clientèle et de présenter la métaphore du Moi-peau, qui peut faciliter la compréhension chez le patient et le thérapeute.

3.6 La position thérapeutique d'Anzieu

Dans notre approche pulsionnelle, la position du thérapeute, selon Anzieu (1995), est de fournir à l'individu un pare-excitation tout d'abord sous la forme du cadre psychanalytique. La disposition des lieux et des interlocuteurs, la régularité de l'horaire et de la durée des séances permettent une continuité. Il y a cependant deux règles à respecter : soit celle de fonctionner en associations libres et de les verbaliser, et soit celle de l'interdit du toucher qui limite les relations à la parole et n'autorise pas

les relations à l'extérieur du cadre analytique. Avec les états limites, Anzieu (1995) suggère un dispositif en face à face qui permet de voir le langage corporel, mais maintient l'interdit du toucher. Le travail ne se fait pas sur les fantasmes, mais plutôt sur les traumatismes et sur les carences des fonctions psychiques pour que l'individu puisse développer une meilleure fonction contenante de son Moi-peau. Anzieu (1995) utilise d'abord l'enveloppe sonore et démontre ainsi à son patient qu'il peut être touché émotionnellement par les paroles de ce dernier. Cela constituerait, en fait, à l'équivalent symbolique des vrais contacts tactiles nécessaires à l'élaboration d'un Moi-peau contenant. Si les paroles sont équivalentes aux contacts tactiles, les fonctions de maintenance et de recharge libidinale qui font défaut chez les états-limites, peuvent être reconstruites dans le lien à l'analyste. Ainsi, le modèle du Moi-peau d'Anzieu est une métaphore qui, jumelée à un cadre analytique, devient un outil d'intervention permettant au patient d'en arriver à une meilleure compréhension de son Moi à l'aide d'une image. Cette métaphore a été créée pour aider les patients limites et narcissiques à mieux concevoir les limites de leur Moi favorisant ainsi la construction d'une fonction contenante. En ce sens, c'est le cadre qui représente un pare-excitation et remplit la fonction de contenance tandis que l'alliance permet l'établissement des fonctions de maintenance et de recharge libidinale, selon Anzieu (1995). En psychanalyse, le transfert joue un rôle important dans le traitement. L'établissement d'un contrat en situation de crise est également courant dans cette approche. Le lien favorise plutôt la neutralité même si quelques aménagements sont possibles avec certaines problématiques. Dans le contexte de l'automutilation, le fantasme de peau écorchée amené par la déchirure de la peau commune avec la mère n'est pas seulement réactivé, mais il est mis en scène dans la réalité. Les attaques contre la peau sont vues comme une tentative de rétablir les frontières du moi qui n'ont pas été suffisamment consolidées par un lien sécurisant à la mère permettant la création d'un Moi-peau. L'utilisation de cette métaphore avec de tels patients permet l'exploration de leurs comportements violents en fournissant une nouvelle image pour les aider à trouver un sens à cette autodestruction. Les pages suivantes, serviront à

démontrer à l'aide du cas de Madame R. comment le Moi-peau peut expliquer le symptôme de l'automutilation chez les patients états limite.

3.7 Présentation du cas de Madame R.

Nous vous présenterons le cas de Madame R. en lien avec la position théorique d'Anzieu pour expliquer comment le Moi-peau dysfonctionnel des personnes états-limites amène parfois ces dernières à s'automutiler. Pour commencer, nous ferons un bref résumé des événements qui ont amené la cliente à nous consulter, pour ensuite décrire à l'aide des critères du DSM IV (1996) comment le diagnostic de trouble de la personnalité borderline peut être établi chez elle. En terminant, nous expliquerons les dysfonctions du Moi-peau chez celle-ci.

Nous avons rencontré Madame R., une dizaine de séances seulement, mais le cas de cette patiente nous permet toutefois de bien illustrer notre propos. Madame R. est une femme aux abords de la cinquantaine qui consultait pour enrayer ses symptômes d'automutilation et retrouver un meilleur fonctionnement au quotidien. Il y a de cela près de dix ans, elle avait reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite et était très en colère de ne l'avoir appris que récemment. Elle estimait ne pas avoir progressé ignorant son diagnostic officiel. Elle a donc fait plusieurs recherches pour comprendre son trouble. De plus, elle s'y est identifiée d'une façon plutôt pathologique en se dégageant de toutes responsabilités face à ses actes d'automutilation et en considérant qu'ils relevaient seulement du fait qu'elle avait un trouble de personnalité limite. Lors des premières séances, elle démontrait un grand désir de s'en sortir, cependant, elle n'assistait pas à ses rencontres de façon régulière. Elle a finalement interrompu son suivi sans préavis et sans en discuter avec nous, même si nous l'avons relancé à deux reprises en lui demandant de venir une dernière fois pour faire le point sur notre suivi et pour lui proposer d'autres avenues. Madame

R. démontrait des gestes d'automutilation depuis plus d'une quinzaine d'années, avec des interruptions plus ou moins longues de ce comportement, selon ce qu'elle vivait. Malgré toutes les difficultés rencontrées au cours de sa vie, elle avait presque toujours été en mesure de travailler et d'assumer au quotidien les tâches domestiques pour éduquer du mieux qu'elle pouvait ses quatre enfants, et ce jusqu'aux deux dernières années qui ont précédé notre première rencontre. Lorsque nous avons reçu Madame R., elle n'avait plus d'emploi et elle n'assumait presque aucune tâche au quotidien malgré le fait que sa fille cadette, à la fin de l'adolescence, résidait à la maison et demandait encore une certaine prise en charge de sa part. Elle s'est présentée à nous, nous montrant sa plaie fraîchement faite qui mesurait près de quinze centimètres et expliquant qu'elle avait besoin d'aide, car elle ne pouvait plus continuer à se faire du mal ainsi. À cause de ce dernier geste, elle avait dû avoir plusieurs sutures, mais heureusement aucun ligament ou tendon n'avait été touché. Elle avait donc décidé d'entreprendre à nouveau un suivi parce que ses proches s'inquiétaient beaucoup pour elle. Ils craignaient qu'elle attente à nouveau à ses jours parce qu'elle avait été hospitalisée brièvement la dernière fois, suite à une tentative de suicide ratée, il y a de cela un an. Madame R. nous expliquait à propos de son dernier geste qu'elle n'avait pas l'intention de s'enlever la vie, mais voulait plutôt diminuer la souffrance intense qu'elle ressentait. Nous avons donc discuté des actes qui l'ont poussée à commettre ce geste, mais elle n'était pas en mesure de décrire sa souffrance, car elle était composée de plusieurs faits marquants de sa vie, du chaos qui régnait dans ses relations avec ses proches, de sa difficulté à reprendre un rythme de vie au quotidien sans s'isoler, etc. Madame R. illustrait ses comportements d'automutilation en parlant d'une grande tension qui jaillissait en elle et qui la poussait à s'isoler et à se couper la peau pour reprendre contact avec elle-même et pour diminuer les sentiments de rage qui l'envahissaient. Malgré une tendance à minimiser son geste parce que cela lui permettait d'alléger sa souffrance, elle était bien consciente de la crainte de ses proches face à de tels actes, qu'ils étaient inacceptables et qu'elle devrait entreprendre une thérapie pour trouver d'autres moyens de ne plus souffrir sans avoir recours à

l'automutilation. Elle semblait toutefois ambivalente sur le fait que d'autres moyens thérapeutiques puissent diminuer sa souffrance autant que l'automutilation pouvait le faire lors de ses crises. Comme Madame R. participait à plusieurs forums de discussion sur le Web pour les personnes atteintes de trouble de personnalité limite, elle avait tendance également à voir ses gestes d'automutilation comme quelque chose de plutôt normal vu son état et en lien avec ce que les autres pouvaient rapporter aussi dans les discussions. Elle avait développé un sentiment d'appartenance à ce genre de groupes et une tendance à se définir par son diagnostic de trouble de la personnalité borderline en négligeant les autres aspects de sa personnalité. Comme dans le cadre de la recherche d'Harris (2000), nous reconnaissons chez Madame R. un désir de contrôler ses émois affectifs en se coupant pour diminuer la tension insupportable et en exposant ses lésions pour obtenir une compréhension de son état interne et une validation de sa souffrance de la part de ses proches et des aidants professionnels qui la suivaient. Elle semblait également avoir recours aux discussions sur le Web pour valider son concept de self en s'identifiant aux autres personnes souffrant du même trouble. Ceci lui procurait le sentiment d'une certaine normalité au sein de ce groupe (Adams et al., 2005) même si cet état ne perdurait pas lorsqu'elle était en contact avec des personnes qui n'étaient pas atteintes de trouble de la personnalité borderline. Madame R. avait une faible estime d'elle-même, avait tendance à agir selon la volonté de ses proches même si elle était consciente que cela ne reflétait pas nécessairement ce qu'elle éprouvait réellement. En déniait une partie d'elle-même ou de son self, elle n'arrivait pas à atteindre un niveau de cohésion du self, ce qui l'amenait à ressentir une grande souffrance et à s'automutiler lorsqu'elle n'avait pas l'impression d'être un individu à part entière.

Madame R. a vécu plusieurs difficultés qui l'ont empêché d'atteindre un niveau de développement du self lui permettant une certaine cohésion, un sentiment de paix intérieure et de continuité de sa propre existence. Elle dit avoir été victime

d'abus sexuels lors de sa prime enfance, qui n'ont jamais été reconnus par sa mère et n'avoir pas obtenu de soutien de la part de cette dernière par la suite et encore aujourd'hui. Plusieurs images lui reviennent en tête soudainement concernant ses abus, mais elle craignait toujours d'en parler lors de notre suivi et au cours des thérapies précédentes à cause de la souffrance intense qui émanait de ces expériences pénibles. Il semblerait qu'elle se sente toujours victime et ceci provoque la peur des contacts physiques même lorsqu'elle est en présence d'une personne en qui elle peut avoir confiance. Malgré qu'elle semble en parler assez librement, elle dit que son corps réagit au contact des autres en se rigidifiant et en ayant des spasmes même quand elle sait qu'elle n'a rien à craindre. La patiente avait de la difficulté à aborder ce sujet parce que la souffrance s'intensifie quand elle essaie d'élaborer sur ses abus et elle sent qu'elle perd le contrôle et ses repères. Lors de son enfance et son adolescence, elle dit ne pas avoir eu de soutien de la part de sa famille et elle a toujours ressenti du dénigrement de leur part, lui faisant sentir qu'elle n'était pas comme eux et qu'elle ne réussirait sûrement pas dans la vie. Elle a quitté le foyer familial rapidement lorsqu'elle a atteint sa majorité. Madame R. a alors rencontré un jeune homme qui lui reconnaissait des qualités et en qui elle a pu avoir confiance dès le début. Ils se sont alors mariés, ont eu quelques années de bonheur avant d'avoir quatre enfants. Avant la naissance de ses enfants, Madame R. travaillait et avait une vie qui lui semblait heureuse et normale. Cependant, suite à la naissance du premier enfant, son mari lui aurait interdit de continuer à travailler à l'extérieur, l'obligeant à rester à la maison pour élever la famille. Ces trois premiers enfants avaient tous commencé l'école quand elle fut à nouveau enceinte. Elle se trouvait devant un dilemme parce qu'elle avait décidé de retourner sur le marché du travail, ce qui était maintenant impossible dans son état et en raison du diktat imposé par son mari. Elle avait pensé alors, à un avortement, mais s'est résignée à avoir l'enfant à cause des pressions incessantes exercées par son mari qui était de plus en plus contrôlant. Elle a donc eu ce dernier enfant, dont l'arrivée n'était pas prévue et dit ne jamais avoir regretté cette naissance qui lui a apporté une grande joie. Toutefois, le climat familial

s'est beaucoup détérioré suite à cela. Son mari était devenu violent et limitait ses allées et venues, exerçait un contrôle sur tout ce qui se passait à la maison, l'empêchant de plus, de fréquenter ses amis et sa famille malgré sa réconciliation avec certains de ses frères et sœurs qui l'aidaient avec ses quatre enfants. Comme elle craignait son époux, elle s'est isolée suite à ses exigences et c'est à ce moment qu'elle a eu recours à l'automutilation pour la première fois afin de diminuer la souffrance grandissante qu'elle éprouvait. Par la suite, la violence conjugale est passée de la forme verbale à celle physique. Elle dit avoir été battue par son mari à plusieurs reprises et avoir été obligée de faire intervenir la police quelques fois avant de quitter cet homme définitivement au cours de la dernière année de sa relation avec celui-ci. Elle aurait ressenti un sentiment de liberté suite à cette rupture lui permettant de reprendre sa vie en main en retournant sur le marché du travail et en prenant soin de ses quatre enfants dont elle avait la garde. Elle s'est vite sentie débordée par la charge de travail qu'exigeait la garde des enfants ainsi que son emploi. Elle expliquait alors que l'automutilation l'aidait à diminuer les tensions ressenties. Ses gestes d'automutilation lui donnaient une échappatoire à ses émotions négatives et lui permettaient ainsi d'exercer un certain contrôle sur ce qu'elle pouvait ressentir intérieurement. Étant de plus en plus dépressive et voyant qu'elle ne pouvait pas s'en sortir seule, elle fit une première tentative de suicide. Son aîné, en constatant qu'elle s'était enfermée et ne répondait plus depuis un certain temps, a appelé les services d'urgence qui sont intervenus pour la réanimer. Lorsqu'elle a repris conscience, ses trois enfants plus âgés nettoyaient la maison pour que la cadette ne se rende pas compte de ce qui c'était passé. Madame R. s'est alors sentie très coupable d'avoir fait vivre une telle expérience à ses enfants. Elle fut amenée à l'hôpital pour y séjourner quelques jours et elle débuta alors un premier processus thérapeutique. Suite à cet événement, les enfants ont été placés sous la garde de leur père pour quelque temps. Au cours des sept années suivantes, elle a entrepris des thérapies, mais a eu du mal à les mener à terme. Par la suite, elle a pu reprendre seulement la garde de sa fille cadette. Les trois autres enfants, adolescents, ont eu conscience de ces gestes

suicidaires et d'automutilation et ont demandé d'habiter chez leur père. Elle emménagea dans un appartement plus petit avec sa fille cadette qui était encore enfant à l'époque. Madame R. s'est remise à travailler, mais a changé d'emploi pour ne pas avoir à faire face à son patron et à ses collègues. Elle ne voulait pas avoir à s'expliquer au sujet de son hospitalisation pour sa tentative de suicide. Un an plus tard, elle rencontra un homme compréhensif et doux et entama une nouvelle relation amoureuse qui perdure depuis ce temps. Madame R. s'est toujours sentie coupable d'avoir fait une tentative de suicide, car elle pense que c'est cela qui l'a séparé de sa famille et a brisé les liens avec ses trois enfants. Elle a toujours des difficultés à communiquer avec ceux-ci et à être en relation avec eux, même aujourd'hui. La relation avec sa cadette semble meilleure même si Madame R. a encore beaucoup de peine à gérer ses émotions et à ne pas s'automutiler. Elle voit bien que ses comportements inquiètent sa fille qui ne comprend pas les raisons qui motivent de tels gestes chez sa mère. Elle essaie, toutefois, d'aider sa mère du mieux qu'elle le peut et parle souvent avec celle-ci de son impuissance à l'aider à changer la situation. Elle dit également recevoir beaucoup de support et de compréhension de la part de son conjoint actuel, mais il se sentirait parfois dépassé par les événements lui aussi.

Plusieurs autres expériences pénibles sont survenues dans la vie de la patiente au cours des deux années précédant notre première rencontre. Elle dit avoir été victime d'attouchements sexuels de la part d'un collègue de travail, situation qui l'aurait amenée à quitter son emploi. Elle n'avait pas le courage de dénoncer son agresseur et de porter plainte contre lui parce que ça lui faisait revivre des sentiments négatifs reliés à son enfance, aussi par crainte de ne pas être crue par ses employeurs. Elle n'a pas cherché d'emploi par la suite parce qu'elle se sentait trop dépressive et a préféré s'isoler en restant à la maison pour s'occuper de sa fille. Elle croyait alors qu'un temps d'arrêt lui ferait le plus grand bien. Son conjoint s'y serait opposé en voyant qu'elle avait de plus en plus de difficulté à s'en sortir seule et l'incitait à aller consulter. Mais Madame R. répondait toujours qu'elle n'était pas prête à

recommencer un suivi thérapeutique pour l'instant. Elle avait alors tendance à abuser d'alcool pour ne pas souffrir et devenait de plus en plus colérique lorsque ses proches lui faisaient remarquer qu'elle aurait besoin d'aide professionnelle pour s'en sortir. Comme elle ne résidait pas avec son conjoint, elle eut une relation avec un autre homme. Elle avoua sa liaison à son conjoint qui lui pardonna, car il disait ne pas lui apporter ce dont elle avait besoin parce que ses comportements d'automutilation étaient de plus en plus nombreux et parce qu'il voulait qu'elle puisse être heureuse. Cette nouvelle relation dura près de six mois, Madame R. se sentait très bien et n'avait plus recours à l'automutilation pendant cette période. Quand son nouvel amoureux exigea plus d'engagements de sa part, elle s'est sentie obligée de mettre un terme à la relation, car elle ne voulait pas quitter son conjoint actuel qui s'était toujours montré compréhensif malgré les infidélités de celle-ci. Suite à la rupture, elle interprétait la compréhension de son conjoint par de l'indifférence envers elle et se demandait pourquoi il restait dans cette relation, car elle souffrait beaucoup et avait recommencé à s'automutiler. Même si son conjoint lui expliquait qu'il l'aimait malgré tout et qu'il serait toujours là pour elle. Elle doutait qu'elle puisse un jour le rendre heureux, car elle avait honte de lui avoir fait subir ses infidélités, ce qui la rendait encore plus souffrante. Elle décida alors de ne plus boire, mais s'isolait toute la journée sans être capable de faire les tâches quotidiennes pour s'occuper de sa fille. Par contre, son conjoint prenait le relais en préparant les repas et en faisant le nécessaire pour que Madame R. et sa fille ne manquent de rien. Devant l'épuisement de son conjoint après une année de ce régime, elle décida de nous consulter.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Madame R. ne s'est présentée qu'à une dizaine de rencontres même si une quarantaine de séances lui avait été proposée et mit fin à son suivi de façon impromptue. Il était difficile d'avoir un suivi régulier avec elle, même après de nombreuses discussions sur le cadre et les bénéfices d'une rencontre hebdomadaire pour qu'un changement significatif puisse être possible et qu'un lien de confiance s'établisse. Elle avait tendance à annuler la

séance lorsqu'elle avait eu une crise d'automutilation dans la semaine. Par contre, lorsqu'elle revenait la séance suivante, elle nous parlait ouvertement des événements entourant sa crise et nous montrait les lacérations qu'elle s'était infligées. Nous pouvions alors parler ouvertement de sa souffrance et elle disait que cela lui permettait de l'alléger. Elle prétendait avoir grandement confiance en nous, malgré le nombre restreint de séances que nous avons eu jusqu'alors. Lors des trois premiers mois du suivi, Madame R. se présentait une fois sur deux. Elle s'automutilait quelques jours avant la séance suivante qu'elle annulait prétextant que sa souffrance était trop grande et craignait que le fait d'en parler l'augmente davantage. Lorsqu'elle verbalisait sur les crises, elle avait de la difficulté à comprendre ce qui se passait réellement au moment, où elle s'automutilait. Elle était incapable d'identifier la cause de sa souffrance, car tout semblait diffus au cours de ces moments. Elle réussissait quand même à parler de la colère et de la crainte de l'abandon qu'elle vivait, mais restait toujours en surface. Nous sentions qu'elle ne voulait pas explorer d'une manière plus profonde les sentiments négatifs reliés à ses crises qui remontaient lors de la verbalisation. Elle préférait écrire ce qu'elle ressentait, mais ne tenait pas à nous en faire part, car elle disait que cela la soulageait amplement. Même en sachant que ses écrits pouvaient être un outil utile dans le processus thérapeutique, elle refusait de les partager pendant les séances. Madame R. se plaignait de ne pas voir de changement rapidement malgré les efforts qu'elle faisait pour venir en thérapie. Nous soulignons alors ses efforts, mais lui faisons remarquer que le changement pouvait s'obtenir après un long processus. Il serait donc préférable de venir de façon régulière et d'aborder les sentiments négatifs plus profondément pour maximiser ses chances que des changements durables puissent se produire, ce qu'elle reconnaissait. Lors du dernier mois de notre suivi, Madame R. s'est présentée à tous ses rendez-vous et n'a pas eu de crise avec des comportements d'automutilation ou de colères intenses et incontrôlables. Elle s'isolait moins et avait entrepris quelques tâches ménagères au quotidien. Elle avait également fait deux sorties sociales. Elle disait alors avoir beaucoup changé et voulait continuer à écrire pour s'en sortir, ce qui diminuait sa

motivation à poursuivre sa thérapie. Nous avons, toutefois, abordé avec elle son ambivalence face à la thérapie, car elle avait commencé son suivi sur l'insistance de ses proches et nous avons parlé de sa difficulté à demander de l'aide. Nous avons interprété, en utilisant différentes métaphores, sa dépendance face à l'objet ou au thérapeute et sa tendance à l'évacuer pour retrouver un contrôle en lien avec ses comportements d'automutilation et avec sa difficulté à demander de l'aide. Parce que la patiente était insatisfaite de la rapidité des changements liés au processus, plusieurs confrontations furent nécessaires; opposant ainsi son insatisfaction par rapport à son implication dans la thérapie comme ses absences, son ambivalence à croire que la thérapie puisse l'aider, avec sa peur d'explorer les émotions négatives, etc. Même si nous reconnaissons les changements effectués chez elle, nous lui mentionnons que la thérapie n'était pas terminée et que par conséquent d'autres crises pourraient survenir puisque les sentiments négatifs n'avaient pas été élaborés. Nous insistions sur le fait que le suivi devait se poursuivre pour que les changements puissent se consolider. Elle semblait en accord avec nous jusqu'au jour où elle annula une séance pour ne plus jamais revenir. Elle ne s'est pas expliquée par la suite, malgré nos appels pour lui offrir d'autres avenues de traitement ou d'autres ressources. Lors des dernières séances, elle parlait d'écrire sur ses difficultés et sa souffrance. Elle désirait poursuivre son cheminement seule, malgré nos objections face à l'abandon du traitement et en raison des progrès réalisés jusqu'à maintenant.

Le cas de Madame R. démontre bien la souffrance vécue par les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite, l'ambivalence ressentie face à l'objet ainsi que les difficultés rencontrées lors du suivi thérapeutique de celles-ci. D'après les critères diagnostiques du DSM IV (1996), Madame R. répondait bien à six d'entre eux. Nous les aborderons brièvement pour décrire son trouble. Tout d'abord, ses relations étaient caractérisées par une instabilité intense oscillant entre la dévalorisation et l'idéalisation qui se manifestait avec ses proches et avec nous lors des séances. Elle avait tendance à nous idéaliser quand elle se sentait soulagée et à

nous dévaloriser quand elle croyait que le changement n'arrivait pas assez rapidement. Avec ses proches, cette tendance à l'idéalisation s'observait également quand elle se sentait comprise par ces derniers. Mais la dévalorisation succédait à l'idéalisation quand elle se sentait coupable lors de ses crises et lorsqu'on lui demandait d'aller en thérapie pour réduire ses comportements d'automutilation. Elle voyait ce genre de demande comme un reproche et une incompréhension de sa souffrance et de son trouble de la part de ses proches. Elle les dévalorisait en disant qu'ils ne pouvaient pas savoir mieux qu'elle ce qui pouvait diminuer sa douleur. Elle voyait cela comme un moyen pour eux de la dénigrer en ne l'acceptant pas comme elle est réellement, donc comme étant une personne très souffrante ayant trouvé dans l'automutilation un moyen de contrôler et de gérer ses émois affectifs. Deuxièmement, Madame R. avait tendance à éviter l'abandon réel ou perçu en coupant les liens avec ses proches. Lorsqu'elle se sentait menacée par la peur d'être abandonnée, elle préférait s'isoler avant que l'autre ne puisse briser le lien avant elle, ce qui aurait été encore plus dommageable pour elle à cause du sentiment de rejet ressenti. Les liens avec ses parents et ses enfants plus âgés étaient souvent interrompus parce qu'elle ne sentait pas d'appuis de leurs part. Ceci l'amenait à briser leurs relations puis à renouer peu de temps après, sans jamais vraiment expliquer verbalement les raisons qui la poussaient à vouloir s'éloigner d'eux. Elle essayait souvent de renouer les liens en écrivant des lettres d'excuses qui restaient parfois sans réponse de la part de ces derniers parce qu'ils avaient de la difficulté à comprendre ce qui pouvait se passer, selon elle. L'automutilation devenait alors un moyen d'alléger ses souffrances et lui permettait d'abaisser la tension ressentie lors de l'abandon perçu ou réel. Le troisième critère observé est l'instabilité affective parce que Madame R. pouvait changer d'humeur plusieurs fois par jour, déstabilisant ainsi ses proches, en augmentant sa souffrance et sa propre incompréhension de ce qu'elle vivait intérieurement. Elle avait beaucoup de difficulté à vivre ses changements rapides d'humeur et à voir l'effet de ceux-ci sur son entourage. Quatrièmement, un sentiment chronique de vide faisait l'objet des plaintes de la cliente en thérapie. Elle

disait qu'elle se sentait vide d'émotion ou pleine d'émotions négatives qui émergeaient soudainement sans qu'elle ne puisse associer ces dernières à des événements particuliers. Les colères intenses, le cinquième critère observé chez elle, survenaient à propos d'événements anodins ou sans aucune cause identifiable et les proches de Madame R. ont dû faire intervenir la police ou les ambulanciers à quelques reprises pour la calmer. Madame R. expliquait lors de notre suivi, qu'elle restait consciente de tout ce qui se déroulait lors de tels événements, mais était incapable de les contrôler par elle-même. Par la suite, elle avait honte de ses colères et se sentait coupable de faire vivre des émotions empreintes de rage à son entourage et s'excusait du tort qu'elle avait pu leur causer. Pour terminer, Madame R. avait fait deux tentatives de suicide et les gestes d'automutilation étaient nombreux et étaient un des principaux motifs de consultation. Nous tenterons maintenant d'expliquer les comportements d'automutilation de cette cliente à l'aide de la théorie du Moi-peau d'Anzieu (1995).

Dans le cas de Madame R., le développement du Moi-peau s'est fait par une certaine frustration du lien d'attachement à la mère. Elle n'a pas pu développer un Moi-peau pouvant assurer adéquatement la fonction de contenance du psychisme lui permettant d'avoir le sentiment d'une continuité de son existence et d'un bien-être de base. En nous basant sur la relation actuelle avec sa mère, nous pouvions constater qu'il y a encore hyperstimulation suivi d'arrêts brusques de l'excitation lors du contact avec celle-ci. Ce phénomène se manifesterait, pour un certain temps, par un lien fusionnel pour ensuite être interrompu complètement, décision qui relève de l'une ou de l'autre. Cela porte à croire que la relation avec la mère était la même lors du développement précoce de Madame R. pour qui il est difficile de ressentir un sentiment de sécurité, sentiment qui semble aussi menacé par les abus sexuels dont elle aurait été victime. Au niveau de la fonction de maintenance du Moi-peau, il est possible de voir chez Madame R. une certaine défaillance de celle-ci, car elle n'a pu atteindre un niveau de sécurité suffisant pour ne pas avoir à s'agripper lors des

relations d'attachement. La pulsion d'agrippement semble encore présente dans ses relations parce qu'elle a tendance à avoir besoin de l'autre pour avoir un sentiment de sécurité et ses relations se font la plupart du temps sous un mode fusionnel. Le fait qu'elle utilise également des mécanismes de défenses primaires comme le clivage, l'identification projective, le déni, etc. démontre aussi que l'adossement du Moi à la mère, comme étant un axe ou support, ne s'est pas réalisé dans un lien d'attachement sécurisant, lui permettant de passer des processus primaires au processus secondaires. Madame R. reste donc figée au niveau des processus primaires qui ramènent l'investissement pulsionnel vers la personne propre sans que l'objet puisse être pris en compte. Dans le développement du Moi-peau, lorsqu'il y a frustration du besoin d'attachement par des stimulations excessives suivies de privations du contact avec la mère, celui-ci se développe du côté du masochisme primaire. Il ne permet pas l'élaboration du fantasme de peau commune avec la mère, mais plutôt celui de peau écorchée par cette dernière, une peau qui ne peut être réparée par les soins de la mère. Chez elle, le fantasme de peau écorchée était mis en acte dans la réalité par ses gestes d'automutilation et les plaies devenaient une sorte d'inscription lui permettant de réaliser l'ampleur de sa souffrance qu'elle pouvait elle-même soigner en pansant ses blessures cutanées. Les enveloppes qui permettent alors de construire le Moi-peau sont celle d'excitation et celle de souffrance qui sont réactivées dans les expériences ultérieures parce que les expériences infantiles ont été refoulées et non élaborées, comme dans le cas de Madame R. La compulsion de répétition réactive constamment ces enveloppes à cause du refoulement et le Moi ne peut que ressentir du déplaisir suite à l'excitation pulsionnelle non élaborée. Ainsi, pour diminuer ce déplaisir, la patiente avait recours à ses nombreux gestes d'automutilation. La fonction de contenance semble aussi inadéquate chez Madame R. les deux surfaces du Moi-peau, celle d'excitation et celle de signification, se sont agrégées pour n'en former qu'une seule qui est tordue en plusieurs sens et qui emprisonne les affects en les ramenant vers la surface. Le noyau existentiel se retrouve vidé de son contenu parce que les affects sont pris dans les torsades du Moi-peau. Voilà donc pourquoi la patiente

ressentait, la plupart du temps, un vide chronique et les émotions négatives qui apparaissaient sans raison précise étaient causés par la réactivation d'une torsade du Moi-peau. Pour celle-ci, le fait de s'automutiler permettait alors par une stimulation excessive de l'épiderme, de ramener les affects négatifs vers le noyau et d'enrayer le vide existentiel qu'elle ressentait généralement. Même si les émotions à la surface demeuraient négatives lorsqu'elles réintégraient le noyau existentiel, elles semblaient toutefois préférables au vide intense ressenti par la cliente. Le fait de s'attaquer à la peau permettait à Madame R. de sentir une excitation pulsionnelle externe qui réorganisait l'économie du système psychique de celle-ci, en redonnant des affects au noyau existentiel des affects. Pour la fonction de pare-excitation, il est possible de voir chez Madame R. qu'un besoin de stimulation excessive était nécessaire pour réintégrer l'investissement pulsionnel vers le noyau du Moi-peau. L'automutilation lui permettait, en s'attaquant à la surface de la peau, qu'une réintégration pulsionnelle soit faite sans toutefois, en contrôler l'intensité ou la qualité. Madame R. avait également recours à l'automutilation comme recharge libidinale parce que l'investissement pulsionnel procuré par de tels gestes et renvoyé de l'extérieur vers l'intérieur permettait qu'il y ait investissement dans le noyau et dans les différents niveaux du système psychique. La douleur ressentie par la suite ainsi que les marques laissées sur la peau servaient de recharge libidinale pour atteindre un certain équilibre de l'investissement pulsionnel interne en restaurant les limites du Moi. Comme l'expliquait Anzieu (1995) pour ce qui est du traitement avec les patients limite, le cadre servant de pare-excitation permettait une continuité, mais il fut difficile de le maintenir avec Madame R. en raison de ses nombreuses absences, de ses retards et de ses demandes pour modifier l'horaire des rencontres. Pour en arriver à modifier la fonction contenante du Moi-peau de la cliente, il aurait également fallu pouvoir travailler davantage sur les traumatismes et les carences psychiques, mais Madame R. avait peine à élaborer sur ces affects négatifs et avait tendance à parler de ses expériences pénibles d'une façon plus factuelle en négligeant les émotions reliées aux traumas par crainte de réactiver sa souffrance. Comme les fonctions de maintenance

et de recharge libidinale se modifient avec le lien à l'analyste, il est difficile de voir un réel progrès ou changement en raison du court laps de temps de la thérapie et de son arrêt brutal. En résumé, nous croyons que Madame R. a quand même bénéficié des séances de thérapie, car elle avait cessé ses gestes d'automutilation, lors des quatre dernières rencontres. Mais nous croyons que le travail ne s'est pas fait en profondeur et que Madame R. pourrait avoir encore recours à l'automutilation dans le futur pour l'aider à gérer ses états affectifs parce que le processus thérapeutique est resté inachevé. Pour faire suite à cette approche pulsionnelle du développement du Moi, nous allons expliciter l'émergence du Self par une approche relationnelle, celle de Kernberg et al.

CHAPITRE IV

APPROCHE RELATIONNELLE : KERNBERG ET AL.

4.1 Origines de la théorie

Lors de ses années d'études au Chili, Kernberg était influencé par le courant kleinien et par l'ouverture qui régnait dans les séminaires et discussions, ce qui favorisa sa créativité et sa pensée théorique. Par contre, à son arrivée aux États-Unis, il dut faire face à un climat où régnait la méfiance envers les nouvelles idéologies et envers le mouvement kleinien. Cette situation a porté Kernberg à s'intéresser davantage à la formation des psychanalystes. Son ouverture fait en sorte qu'il accorde une importance aux idées innovatrices et à tout ce qui peut prendre place dans la clinique. Il mentionne toujours l'apport d'auteurs tels qu'E. Jacques, M. Mahler, E. Jacobson, W. Grossman, J. Arlow, etc. dans la formulation de sa propre pensée théorique (Durieux, 2003). Pour lui, la théorie devrait pouvoir enrichir la pratique clinique et vice versa. Ses travaux sont donc pensés en fonction d'une réalité clinique et du besoin d'adapter les interventions en fonction de la clientèle à qui elles s'adressent. Le fait de travailler dans un milieu psychiatrique amena Kernberg à rencontrer une clientèle ayant des troubles plus graves de la personnalité qu'il définit comme étant une organisation limite et qui fit en sorte que sa pensée théorique divergea de celle d'autres psychanalystes, par exemple de celle de H. Kohut. Toutefois, il considère avec importance l'interprétation et l'analyse du transfert et du contre-transfert dans le traitement. Dans ses écrits Kernberg met en lumière des

phases du traitement observables par les thérapeutes dans leur propre clinique et propose des exemples d'intervention à appliquer lors de ces diverses phases du traitement. Se basant sur ce qu'il pouvait vivre dans la situation thérapeutique avec ses propres patients, Kernberg dégagea certaines phases lui permettant de constater des progrès ou des difficultés du patient lors du traitement. Dans l'espoir d'avoir une approche qui puisse s'adapter à l'état du patient et à la gravité de ses symptômes, les phases ne contraignent pas le thérapeute dans un nombre de séances données, mais plutôt vers un processus plus ou moins long selon le cas. Ce processus dépend non seulement de l'apport du patient en thérapie, mais aussi des habiletés du thérapeute et de sa créativité dans la mise en place d'un climat empathique permettant l'analyse et l'interprétation des conflits du patient, de ses défenses, du transfert du patient et du contre-transfert du thérapeute.

4.2 Le développement du self

Kernberg (1989) reste près de la conception freudienne voulant que le self et le Moi soient indissociables en définissant le self comme étant une structure intrapsychique qui émerge du Moi et qui en fait partie en même temps. Il adopte l'idée d'un stade indifférencié dans lequel l'enfant et l'objet sont fusionnés. Au départ, l'enfant, même s'il est en relation avec la mère, ne peut se concevoir comme un être séparé de celle-ci. Mais c'est par cette relation qu'il en vient, peu à peu, à se faire des représentations du self et des représentations de l'objet. Ces représentations prennent forme quand l'enfant reçoit les soins et les images qui apparaissent dans son psychisme sont alors nombreuses et floues, elles ne sont pas encore indifférenciées. Elles commencent à se clarifier quand l'enfant apprend à reconnaître ce qui vient de lui et ce qui vient de l'extérieur par les contacts plaisants et frustrants avec la mère. Les représentations du self et de l'objet sont donc clivées entre toutes bonnes et toutes mauvaises dépendamment du type de contacts qui prend place dans la relation mère-

enfant et seront investies soit par la libido ou soit par l'agressivité. Dans le développement normal, l'enfant arrive à intégrer les représentations contradictoires du self et de l'objet, en passant du stade de la séparation-individuation au stade de la constance de l'objet où il acquiert le sentiment d'avoir un Moi qui englobe les représentations toutes bonnes et toutes mauvaises de son self et de l'objet. Le self est donc vu comme : « ...une fonction et une structure du moi qui, à partir de l'intégration des représentations du self qu'elle inclut, devient une structure supérieure incorporant les autres fonctions du moi – telles que la mémoire et les structures cognitives – et aboutit au *Ich* de Freud et à sa dualité » (Kernberg, 1989, p. 333). Le self, comme structure intrapsychique appartenant au Moi, permet lorsqu'il est bien intégré d'avoir une continuité dans le temps et une continuité dans plusieurs niveaux de fonctionnement interactionnel de l'expérience de soi. Kernberg (1975) explique que pour en arriver à un narcissisme normal le self doit être investi libidinalement et qu'il permette l'intégration des investissements libidinaux et agressifs. Il définit alors le self comme étant : « ...l'intégration des images de soi, bonnes et mauvaises, dans un concept de soi réaliste qui incorpore, sans les dissocier, les diverses représentations de soi qui le composent... » (Kernberg, 1975, p.182). Cependant, lorsque le self n'est pas intégré, des manifestations de clivages, de dissociation ou d'états contradictoires du Moi sont observables, ainsi que des sentiments chroniques de vide, d'irréalité, etc. Il y aurait une mauvaise intégration des représentations d'objets qui restent divisées entre toutes bonnes et toutes mauvaises lorsque le soi est non-intégré. L'individu ayant un soi non-intégré n'a donc pas à sa disposition un modèle intériorisé lui permettant d'être empathique envers les autres ou de les évaluer de façon réaliste. Il se baserait plutôt sur les perceptions immédiates, mais celles-ci restent difficilement intégrables et subissent le même sort que les représentations d'objet. Elles deviennent alors clivées en toutes bonnes et toutes mauvaises. Le self se forme donc à partir des relations d'objet précoces dans lesquelles l'individu se fera des représentations de son self et de l'objet qui teinteront ses relations futures.

4.3 La motivation dans le modèle de Kernberg et al.

Le modèle de Kernberg est relationnel parce que le self prend racine dans l'interaction mère-enfant permettant à l'enfant d'intégrer des images qui deviendront des représentations de lui ou de son self et des représentations de l'objet. Le fait que Kernberg (1989) croit que les pulsions libidinales ou agressives sont activées par les affects qui émergent dans la relation, démontre également l'importance du niveau relationnel dans la théorie de ce dernier. Même si Freud n'implique pas nécessairement l'objet dans la quête de la libido vers le plaisir ou le déplaisir, Kernberg (1989) croit que l'objet est essentiel pour que la libido puisse se décharger. Il explique ainsi que lors des relations primaires avec l'objet, l'enfant ressent des affects plaisants ou déplaisants qui activent les pulsions libidinales ou agressives selon l'affect émergent. Les pulsions activées influenceront à leur tour la relation et les représentations que se fait l'enfant de son self et de l'objet. La relation est donc centrale, car elle permet à l'enfant d'avoir le sentiment que son existence est différenciée de celle de l'objet en constatant par les contacts qu'il a avec l'objet, en tant que tel, les limites de son self et celles du self de l'objet. Dans ce modèle, la relation permet la modification des représentations de soi et des représentations de soi en lien avec l'autre, amenant à accorder une importance particulière à la relation thérapeutique donc à l'analyse du transfert et du contre-transfert.

4.4 Les fonctions du self

Le self pour Kernberg (1989) est à la fois structure du Moi et à la fois fonction du Moi. Le self en tant que structure du Moi permet, comme il a été mentionné plus haut, l'intégration des représentations bonnes et mauvaises de soi et d'avoir un sentiment de continuité dans l'expérience de soi et dans l'expérience de soi en

relation avec les autres. Lorsque le self est bien intégré, l'individu est capable de faire la part entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à l'objet quand il est en relation. En raison de l'intégration des images bonnes et mauvaises du self, l'individu ayant un self intégré peut mieux gérer les pulsions libidinales ou agressives activées par les affects qui surgissent lors de la relation en ayant un concept de soi plus nuancé et non clivé. Cela lui permet également d'être empathique envers l'objet parce que lui aussi est vu avec nuances et le fait d'être en relation avec ce dernier ne représente pas une menace pour le Moi de l'individu qui peut continuer d'exister même en présence de l'objet. Le self est aussi une fonction du Moi lorsqu'il est considéré comme l'élément permettant d'éprouver les affects lors des expériences relationnelles. Tout d'abord, il donne accès à l'enfant à une multitude d'images qui surgissent lors de la relation avec la mère et qui se transformeront en des représentations du propre self de l'enfant et du self de l'objet dans cette expérience relationnelle particulière. À ce moment, certains affects apparaîtront et les pulsions libidinales ou agressives se déclencheront et elles auront, à leur tour, une influence dans la relation et la perception du self pendant cette relation. Même si Kernberg (1989, p.337) accorde une importance particulière aux affects dans le déclenchement des pulsions, il ajoute que : « ...les pulsions ne se manifestent pas seulement par des affects, mais par l'activation d'une relation d'objet spécifique, qui inclut un affect, et dans laquelle la pulsion est représentée par un désir ou un souhait spécifique ». Le fait que les pulsions seraient alors activées par les affects qui surgissent dans une relation précise, démontre bien la conception du self comme fonction du Moi en étant ce qui permet d'éprouver et comme structure du Moi en permettant aussi l'acquisition de représentations internalisées du self et de l'objet, et par l'activation de ces représentations lors des relations. C'est à partir de l'intégration des représentations bonnes et mauvaises que l'individu pourra développer un narcissisme sain ou normal dépendamment du niveau d'intégration qu'il atteindra. Lorsque cette intégration reste difficile, l'individu se présente avec un Moi clivé qui ne lui permet pas d'avoir une évaluation juste ou réaliste de son self et des autres. Ceci entraînerait souvent des problèmes relationnels, car les relations de

cet individu au self non intégré sont teintées par les représentations du self et de l'objet qui restent divisées en toutes bonnes et en toutes mauvaises.

4.5 La définition du trouble de personnalité borderline

Kernberg (1995) explique que les états-limites, qu'il dénomme organisation limite de la personnalité, ne suivent pas l'évolution des stades classiques de la libido et il serait difficile d'associer l'émergence de ce trouble à un stade en particulier. Se basant également sur une approche structurale, il dégage trois critères permettant de mieux diagnostiquer ce trouble. Tout d'abord, l'auteur définit le premier critère comme étant une diffusion de l'identité qui se manifeste par une mauvaise intégration de soi et des autres, par une expérience subjective de vide chronique et par des perceptions ambivalentes de soi et de ses comportements. Les sujets avec une organisation limite de la personnalité semblent avoir de la difficulté à comprendre les autres en raison des perceptions altérées et contradictoires qu'ils ont d'autrui. Le sujet ayant une organisation limite ressent une incompréhension face aux autres causant des difficultés relationnelles où l'autre, en tant qu'objet, se voit incapable de le comprendre et de s'identifier à lui. Le deuxième critère concerne le niveau des mécanismes de défense qui sont, chez l'organisation limite, des mécanismes primaires axés sur le clivage. Par exemple, les mécanismes tels que l'idéalisation primaire, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation, permettent au Moi d'éviter les conflits résultant des expériences contradictoires de soi et d'autrui en les séparant, la plupart du temps, en tout bon et tout mauvais. Cependant, ce sont les affects négatifs qui prédominent dans le monde interne des relations d'objet des personnes ayant un trouble borderline. Les amenant à ressentir de la rage, l'affect de base des pulsions agressives, et qui peut se différencier par la suite en haine, envie, colère et irritabilité (Kernberg et al. 2006). Pour terminer, c'est la capacité à maintenir l'épreuve de réalité qui doit être prise en compte dans

l'évaluation. Kernberg (1995, p.7) la décrit comme étant : « ...la capacité de différencier le soi du non-soi, l'intrapsychique des perceptions externes, et d'évaluer le contenu de ses propres émotions, conduites et pensées dans les normes sociales ordinaires ». L'épreuve de réalité aide l'individu à interagir selon les normes établies dans les situations sociales. Il semble, toutefois, difficile pour les organisations limites, en raison de leur capacité à maintenir l'épreuve de réalité, d'user de tact dans les situations sociales particulièrement lorsqu'elles sont stressées. Il souligne aussi que chez celles-ci, des caractéristiques structurales secondaires peuvent être observables sous forme de manifestations floues de la faiblesse du Moi, par des pathologies du Surmoi et par des relations d'objet complexes.

4.6 La position thérapeutique de Kernberg et al.

Dans le modèle de Kernberg et al. (1999), la première phase du traitement est celle de la contenance des impulsions. Pour ce faire, l'accent est mis sur l'importance de terminer le traitement et sur le contrôle des passages à l'acte à l'intérieur et à l'extérieur de la séance, et ce, tout en fournissant au patient un espace où tous les affects peuvent être exprimés. Les auteurs soulignent qu'il faut, avec les patients ayant un trouble borderline, discuter d'abord des comportements agressifs qu'ils pourraient manifester envers eux-mêmes ou envers les autres. L'établissement d'un contrat peut être nécessaire quand le suicide est une des préoccupations principales du patient et permettra de mieux réagir lors de menaces ou de tentatives de suicide. D'un point de vue légal ou éthique, le traitement proposé respecte les normes, car il planifie à l'avance comment le thérapeute et le patient réagiront aux pulsions suicidaires de ce dernier, parce que la qualité de la communication est maintenue et parce que le suicide devient une priorité de l'exploration au cours des séances qui le nécessitent. L'agressivité peut également s'exprimer sous forme de menaces d'homicide envers le thérapeute ou un tiers, par des intrusions dans la vie du thérapeute ou par des menaces

d'interrompre le traitement. Les auteurs observent aussi certains problèmes dans le traitement reliés à ces patients, par exemple, certains sont malhonnêtes ou cachent des informations, leur présence est irrégulière, leur disponibilité est limitée dans les séances, ils font des bris de contrat, des passages à l'acte, de l'automutilation, ou font un travail thérapeutique de façon superficielle. D'autres problèmes sont créés en-dehors de la thérapie et concernent le plus souvent les honoraires et l'horaire. Kernberg et al. (1999) croient également qu'il est prioritaire de bien identifier de quel type de transfert il s'agit par exemple, psychotique, paranoïde, narcissique ou dépressif et d'en discuter avec le patient. Selon eux, il semble important de laisser parler le patient en premier, il pourra ainsi discuter de ses préoccupations les plus pressantes. Cependant, il est souhaitable que le thérapeute puisse contrôler d'une certaine façon la qualité de la communication en favorisant, par ses interventions, l'exploration de certains thèmes que le patient amène. L'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique est l'un des changements espérés dans la première phase du traitement d'après Kernberg et al. (1999). Ils croient qu'une alliance est bien établie lorsque les attentes sur les résultats et la participation au traitement sont bien définies par les deux parties, quand le thérapeute investit le patient en reconnaissant sa partie saine, quand le patient et le thérapeute sont capables de tolérer l'agression et quand une capacité de maintenir un dialogue s'est développée entre les deux. Malgré l'aménagement de ce type de cadre, il arrive que le thérapeute doive faire face à des situations de crises variées.

Lors de la gestion des crises, le thérapeute doit s'ajuster soit en renforçant le cadre du traitement ou en s'écartant de sa position de neutralité. Pour ce faire, Kernberg et al. (1999, p.325) expliquent que : « ...le thérapeute peut augmenter la vitesse de ses interprétations, faire des interprétations plus profondes, et/ou devenir plus proactif dans le sens d'appeler le patient à la maison ou de communiquer avec un membre de la famille ». Pour commencer, le thérapeute doit discuter des motifs qui ont amené le patient, à ce moment précis, à briser le contrat en créant une situation

qui avait été prédite par ledit contrat, puis il réagira en fonction du type de crise. Par exemple, avec les patients ayant un trouble borderline, la menace de mettre fin au traitement est souvent présente en raison de leur problématique relationnelle. Toutefois, les auteurs croient que le thérapeute pourra rester calme et disponible s'il tient compte du fait que l'effet négatif de la réactivation des relations d'objet primaire est l'envers d'une demande pour obtenir des soins et de l'amour. Une forme de crise est aussi reliée à la non-conformité du patient à ses autres traitements parce que le thérapeute n'est souvent pas informé sur le champ et cette non-conformité représente une attaque au travail thérapeutique et un essai d'avoir un certain contrôle. À ce moment, le thérapeute devra diriger ses interventions sur les raisons qui ont poussé le client à cesser ses autres traitements et sur la qualité de la communication de ce dernier. D'autres types de crise comme le transfert psychotique, la psychose brève, la psychose induite par une substance, les épisodes dépressifs, les visites à l'urgence, les hospitalisations, les appels du patient et l'absence du thérapeute, demandent un ajustement du cadre et du thérapeute. Les tentatives de suicide en début de traitement peuvent être une façon pour le patient de voir si le thérapeute appliquera les diverses modalités du contrat. Les causes de ce comportement sont diverses et Kernberg et al. (1999, p.328) croient que : « L'idéation suicidaire peut aussi représenter une expression de rage, une tentative de contrôle, un moyen de torture, ou un signal de détresse ». Selon les auteurs, lors de tentatives de suicide ou de comportements suicidaires, le thérapeute devrait évaluer, tout d'abord, la présence ou non de dépression. Si le niveau de dépression est élevé, le risque suicidaire augmente et le patient doit être dirigé vers le milieu hospitalier pour une évaluation de son état. Par la suite, il devra vérifier la présence ou l'absence d'intentions suicidaires. Si elles sont reliées à l'idéation suicidaire, nous rappelons au patient sa responsabilité de demander de l'aide au besoin à l'urgence. Si par contre, il n'y a pas d'intention suicidaire, le thérapeute poursuivra le travail d'exploration. Lorsque le thérapeute est certain que le patient n'a pas de dépression majeure, il doit continuer à explorer les raisons de ces comportements, car elles pourraient être reliées à l'autodestruction

comme chez les patients borderline. Dans ce cas, ces comportements sont utilisés pour obtenir des gains secondaires et ont une signification de domination, de contrôle, de manipulation ou pour pouvoir ressentir une souffrance psychique plus forte. En dernier lieu, si le thérapeute n'est pas confiant que le patient respectera le contrat, il doit insister pour qu'il se rende à l'hôpital pour une évaluation ou un traitement pharmacologique. Quand le thérapeute travaille avec un patient qui a un historique d'automutilation, il doit envisager et accepter la possibilité que le patient meure. Il doit aussi discuter avec ce dernier du fait que ses comportements autodestructeurs ou suicidaires peuvent être un moyen pour l'attaquer en tant que thérapeute. À ce moment, une rencontre avec la famille peut être nécessaire et fait partie de l'aménagement du contrat. Dans le modèle de Kernberg et al. (1999) l'hospitalisation semble être un dernier recours dans la maintenance du contrat préétabli.

4.7 Présentation du cas de Madame S.

Nous vous présenterons tout d'abord les raisons qui ont amené Madame S. à nous consulter pour ensuite décrire à l'aide des critères diagnostiques du DSM IV (1996) le trouble de personnalité borderline de la cliente et, pour terminer, expliquer son trouble à l'aide de la théorie de Kernberg et al. (1999), et illustrer comment Madame S. n'a pu atteindre un développement de son self amenant à une certaine cohésion.

Madame S. est une jeune femme au début de la vingtaine qui est venue consulter suite à deux tentatives de suicide s'étant produites dans le même mois. Elle avait décidé de nous consulter parce qu'elle se questionnait sur les raisons l'ayant poussée à commettre de tels gestes et pour plaire à ses parents qui s'inquiétaient beaucoup de son bien-être. Comme elle venait de réintégrer le foyer familial, elle pensait que le fait d'être en thérapie pouvait l'aider à améliorer ses relations difficiles

avec sa mère. Elle avait également un désir réel de mieux comprendre sa souffrance et de parler de ses relations amoureuses la plupart du temps source de déception. Lors de la première tentative de suicide, Madame S. a été hospitalisée et un diagnostic de trouble de personnalité limite a été posé. Elle a alors eu une médication qu'elle a utilisée pour attenter à ses jours une semaine après sa sortie de l'hôpital, ce qui l'amena à nouveau à être hospitalisée, mais, cette fois-ci aux soins intensifs. En voyant l'inquiétude de sa mère face à la situation et considérant sa propre inquiétude, Madame S. décida d'entreprendre une démarche thérapeutique. Elle nous explique alors sa grande difficulté à faire confiance aux autres et se demande comment elle pourrait exprimer ce qui la perturbe. Nous commençons par essayer d'explorer ses tentatives de suicide, mais Madame S. se sent mal à l'aise et minimise l'impact de ses gestes. Nous interprétons sa difficulté à en parler et ce qui l'a amenée à attenter à ses jours en abordant la honte ressentie face à ses gestes, ce qui l'empêcherait d'en parler avec quelqu'un qu'elle ne connaît pas et en qui elle n'a pas confiance pour l'instant. Par contre, nous évoquons l'importance d'explorer avec elle ces thèmes au moment où elle sera disposée à en discuter avec nous. Madame S. nous explique alors qu'elle est la cadette et la seule fille de la famille. Elle dit qu'elle a eu une enfance normale et qu'elle a toujours été très gâtée par ses parents qui voulaient toujours lui donner ce qu'il y avait de mieux. Elle a, cependant, toujours ressenti beaucoup de pression de la part de sa mère pour réussir qui, selon elle, souhaite qu'elle soit parfaite. Sa mère craindrait ce que les autres pourraient dire au sujet de sa fille. Madame S. dit que ses frères aînés n'ont pas eu le même traitement qu'elle et qu'ils étaient plus libres de faire ce qu'ils voulaient puisque leur mère ne voit pas leurs erreurs de la même façon que les siennes, parce qu'ils sont des garçons. Madame S. a participé à plusieurs activités parascolaires au secondaire et a toujours été entourée de plusieurs amis. Par contre, elle dit ne pas vraiment se dévoiler dans ses relations amicales et préférerait, depuis son adolescence, se confier à une de ses tantes en qui elle avait une grande confiance, car elle n'avait pas l'impression d'être jugée par celle-ci. Madame S. explique qu'elle a commencé à boire et à consommer de la marijuana à la fin de

l'adolescence suite à une déception amoureuse. Elle se serait sentie abandonnée et rejetée par son premier amoureux après avoir eu une relation sexuelle avec lui. Elle s'était alors dit que cela ne lui arriverait plus et ne s'engagerait plus dans des relations amoureuses par peur d'être rejetée. Ses relations amoureuses ne duraient que quelques mois et son estime d'elle-même diminuait beaucoup en raison de sa sexualité débridée et parce qu'elle croyait que les jeunes hommes ne pouvaient s'intéresser à elle que pour avoir des relations sexuelles. Elle expliquait que sa mère n'aimait pas ses copains et elle préférait rompre avec eux pour ne pas envenimer sa relation qui était toujours chaotique avec sa mère. Elle rencontra enfin un jeune homme digne de sa confiance et emménagea avec lui à ses dix-huit ans malgré la désapprobation de sa mère qui croyait que ce n'était pas un homme pour elle. Elle demeura avec lui pendant près d'un an et Madame S. sentit qu'il était de plus en plus indépendant et ne s'occupait plus d'elle depuis qu'ils avaient emménagé ensemble. Après plusieurs ruptures et réconciliations, Madame S. décida de mettre un terme définitivement à cette relation et alla rester chez une amie. Comme son amie n'était pas souvent à la maison, elle se sentait seule, sortait souvent et abusait de l'alcool pour diminuer la souffrance liée à sa solitude. Malgré le fait qu'elle avait plusieurs amis, Madame se sentait seule et avait tendance à adopter des comportements destructeurs pour alléger sa douleur. Elle eut recours à l'automutilation la première fois au début de la vingtaine, en se frappant aux jambes et aux bras lorsqu'elle était en colère et anxieuse. Elle disait que les ecchymoses laissées par ces gestes disparaissaient avec le temps et qu'elle ne pourrait pas être jugée par les autres ou faire honte à sa mère. Le jugement des autres prenait une très grande place dans la vie de Madame S. qui agissait la plupart du temps en fonction de ce qu'ils pouvaient penser d'elle. Elle avait tendance à se sentir toujours prise en défaut et à croire qu'elle devrait être parfaite pour que les autres puissent l'aimer. En voyant que la perfection était un but impossible à atteindre, elle se diminuait et venait à croire qu'elle n'avait aucune valeur pour les autres et surtout pour sa mère. Madame S. expliquait qu'elle avait tout pour être heureuse, mais n'y parvenait pas, elle disait avoir eu la chance de pouvoir

en parler avec sa tante qu'elle estimait beaucoup. Quelques mois avant sa première tentative de suicide, sa tante décéda et Madame S. s'est sentie abandonnée parce qu'elle n'avait plus personne à qui se confier. Elle a alors eu des problèmes alimentaires suite à ce décès et a perdu plus de trente-cinq livres en six semaines. Suite à cette perte de poids, Madame S. se trouvait plus belle et plus confiante, car elle avait au moins le contrôle sur une chose dans sa vie, son poids. Elle dit avoir commencé à prendre de la cocaïne pour contrôler son poids et pour l'effet euphorisant de cette drogue qui lui permettait de se sentir bien en présence des autres. Madame S. avait toujours aimé les émotions fortes parce que celles-ci lui faisaient ressentir qu'elle était vivante. Elle avait aussi tendance à adopter une conduite dangereuse au volant en roulant à grande vitesse et à faire des achats compulsifs parce que le fait d'acquérir de nouveaux vêtements lui donnait l'impression qu'elle prenait soin d'elle et se sentait enfin belle et bien dans sa peau. Vivant des difficultés émotionnelles et financières, Madame S. retourna vivre avec ses parents. Elle avait cependant beaucoup de problèmes à gérer la frustration reliée aux règles que sa mère lui imposait sur ses allées et venues. En plus de devoir faire le deuil de sa tante. Croyant ne pas pouvoir survivre à ses problèmes, elle décida d'en finir en commettant une première tentative de suicide, puis une deuxième. Ayant vécu ses hospitalisations comme des situations plutôt traumatisantes, elle décida de consulter pour mieux comprendre ce qui lui arrivait.

Nous avons donc rencontré Madame S. pendant dix-huit séances, auxquelles elle a bien participé malgré quelques annulations de sa part. Au début, il lui était très difficile d'aborder les thèmes du suicide et de l'automutilation, car le lien de confiance n'était pas encore établi et elle craignait que nous la jugions négativement. Par contre, d'une séance à l'autre, il était plus facile pour elle de dire ce qui se passait réellement dans sa vie et dans ses relations. Madame S. avait tendance à minimiser ses actes en relatant qu'une seule partie de la situation et des émotions qui y sont associées. Toutefois, elle apportait plusieurs détails par la suite dans les autres

rencontres. Nous avons vu chez Madame S. une grande amélioration en milieu de suivi, car elle se sentait plus libre de nous parler et d'explorer, sans se sentir juger, des sentiments négatifs qu'elle avait. Elle a aussi modéré sa consommation d'alcool et a arrêté de prendre des drogues n'en ressentant plus le besoin quand elle était en situation sociale, comme auparavant. Le fait de discuter des relations problématiques avec sa mère lui a permis de mieux comprendre les enjeux entre les deux et de se rapprocher de sa mère en assumant un peu plus son autonomie. Même s'il lui était difficile de croire qu'elle pourrait avoir une relation amoureuse dans laquelle elle se sentirait bien et respectée, le fait d'explorer ce qu'elle avait vécu jusqu'à maintenant lui permit de mieux définir, ses attentes envers l'autre, ce qu'il pourrait lui apporter, ainsi que sa propre place au sein d'une relation amoureuse. Les symptômes d'automutilation et les idées suicidaires étaient beaucoup moins présents suite aux premières rencontres, car le fait de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressentait lui permettait de mieux comprendre ses propres enjeux. Malgré sa crainte du jugement des autres, elle s'est rendue à l'hôpital lorsqu'elle a vécu une crise suicidaire et en a discuté par la suite, avec sa mère, respectant ainsi le contrat établi lors des premières rencontres visant à chercher de l'aide en situation de crise. Avant le début du suivi, elle avait repris le poids perdu suite au décès de sa tante. Elle avait moins de difficulté à s'alimenter même si l'idée du contrôle restait présente et qu'elle s'estimait davantage lorsqu'elle était mince. Elle était consciente du risque pour sa santé et voulait faire des efforts pour s'accepter et s'aimer comme elle est. Elle avait toutefois toujours tendance à penser que tout allait mieux pour elle lorsqu'elle était plus mince. Elle disait que la thérapie lui faisait du bien, car elle pouvait enfin exprimer sans crainte d'être jugée ce qu'elle ressentait et ne fut pas réfractaire au changement de thérapeute lors de notre départ. Elle a donc continué son suivi jugeant que cela pourrait sûrement lui être bénéfique, puisque le temps qui nous était alloué n'avait pas permis de discuter en profondeur de tout ce qui la tracassait. Elle était beaucoup moins méfiante face à la poursuite de sa thérapie en voyant qu'il lui avait été possible de s'engager dans un processus thérapeutique et de faire confiance à l'autre. Même si

Madame S. avait beaucoup de symptômes reliés à son trouble de personnalité limite, nous pouvons dire que son suivi avec nous c'est bien déroulé. Nous espérons qu'elle ait pu continuer son travail avec un autre thérapeute en établissant un lien de confiance lui permettant de travailler sur ses émotions négatives et ses problèmes relationnels pour consolider le changement qui s'était amorcé avec nous.

Pour mieux comprendre le cas de Madame S., nous allons maintenant décrire le trouble observé chez elle à l'aide de six critères diagnostiques du DSM IV (1996). Selon le premier critère observé, l'évitement de l'abandon réel ou perçu est très marqué chez Madame S. qui préfère ne pas s'engager dans des relations amoureuses, par exemple, par crainte que l'autre l'abandonne ou la rejette. Les ruptures de liens amicaux ou amoureux étaient fréquentes chez Madame S., car elle ressentait que l'autre ne pouvait pas vraiment s'intéresser à elle parce qu'elle croyait qu'elle n'en valait pas la peine. L'instabilité des relations, étant le deuxième critère diagnostique observé, nous permettra de mettre en évidence les problèmes relationnels rencontrés par la patiente. Dans ses relations, Madame S. idéalisait beaucoup l'autre, mais le dévalorisait par la suite quand elle était déçue parce qu'il ne pouvait deviner ou répondre à ses besoins sans qu'elle ait à les formuler. Comme elle oscillait souvent entre l'idéalisation et la dévalorisation de l'autre dans ses relations, il était difficile pour l'autre, par exemple pour sa mère, de comprendre ce que Madame S. voulait ou pensait réellement et de bien communiquer avec celle-ci. D'après le troisième critère observé, Madame S. avait de la difficulté à avoir une stabilité au niveau affectif et elle était souvent irritable et anxieuse compliquant ainsi, ses relations avec les autres. Dans ses rapports amoureux, elle éprouvait de l'anxiété face à ce que l'autre pouvait penser d'elle, mais pouvait par la suite devenir irritable quand elle croyait qu'elle pouvait être rejetée ou être déçue par l'autre. Une perturbation au niveau de la notion de soi, le quatrième critère, était observable chez elle par sa tendance à se percevoir de façon négative, voire, comme une personne mauvaise. Ce sentiment faisait en sorte qu'elle changeait de buts, de valeurs, d'amis fréquemment, pour ensuite se

reconnaître certaines qualités ou aptitudes pour un court laps de temps. Elle ignorait ce qu'elle désirait réellement dans la vie et entreprenait souvent des projets qui n'aboutissaient pas ou qu'elle abandonnait après un certain temps croyant ne pas les réussir. Le cinquième critère observé, l'impulsivité marquée dommageable pour la personne se manifestait dans quatre domaines chez elle, par des achats compulsifs, l'abus de drogues ou d'alcool, une conduite automobile dangereuse et des relations sexuelles à risques. Madame S. avait parfois tendance à boire jusqu'à être ivre et se retrouvait avec des partenaires qu'elle ne connaissait pas et avec qui elle avait des relations sexuelles parfois non protégées. Elle dit s'être retrouvée quelques fois dans des situations où elle a eu peur pour son intégrité physique en se retrouvant avec des étrangers. Elle acceptait dans ses situations d'avoir des relations sexuelles pour les satisfaire et pouvoir repartir chez elle sans heurt. Pour terminer, les gestes d'automutilation et les deux tentatives de suicide de Madame S., font partie du sixième critère diagnostique observé. Pour mieux comprendre les enjeux relationnels chez Madame S., nous utiliserons les notions théoriques de Kernberg et al. (1999) pour expliquer comment le self de celle-ci s'est développé, sans pour autant atteindre un niveau de cohésion suffisant pour qu'elle puisse être bien dans ses relations.

Tel qu'illustré précédemment dans la théorie de Kernberg (1975), le self est une structure et une fonction du Moi qui permet l'intégration des images de soi bonnes et mauvaises dans un concept de soi réaliste. Nous pouvons observer chez Madame S. que le self n'est pas intégré ou cohésif. Il est difficile pour elle de se reconnaître des qualités parce que son concept de soi demeure clivé et la perception qu'elle a d'elle-même se situe plutôt du côté des investissements agressifs, en se voyant comme quelqu'un de mauvais. Lors de relations, elle a tendance à voir l'autre d'une façon clivée également, ce qui fait en sorte que la relation est fréquemment interrompue lorsque l'autre devient tout mauvais. La peur de l'abandon se manifeste aussi parce qu'elle craint que l'autre la perçoive comme quelqu'un de mauvais et la rejette. Comme le self demeure non-intégré, la perception de soi ou de l'autre reste

dans un mode de différenciation et l'autre ne peut être perçu qu'à l'aide d'investissements clivés également, soit comme étant tout bon ou tout mauvais. Dans ce contexte, l'autre doit fonctionner aussi dans un mode de clivage. Par exemple ce mode, peut amener la cliente à croire que l'autre la percevra comme étant toute bonne ou toute mauvaise et fait en sorte que le jugement de l'autre devient quelque chose d'intolérable selon les affects activés dans la relation. Madame S. éprouve aussi une difficulté à évaluer ce que l'autre pourrait penser d'elle. Elle croit que ce dernier la perçoit de la même manière qu'elle se voit elle-même. Une rigidité s'installe alors dans les relations, car il devient difficile d'être empathique en raison des représentations clivées, l'autre devrait donc réagir selon ce que Madame S. perçoit d'elle-même ou de l'autre. Comme l'objet est vu comme étant tout bon ou tout mauvais, la confiance est difficile à établir parce que l'objet a peu de latitude pour réagir différemment, surtout lorsqu'il est perçu comme un objet étant tout mauvais et sans nuance. Si l'autre ne réagit pas selon les perceptions clivées, il est alors difficile de le comprendre et les relations deviennent complexes et conflictuelles. Le premier critère de l'évaluation des personnes ayant un trouble de personnalité limite est la diffusion de l'identité, il est observable chez Madame S. Elle se base alors sur des perceptions clivées pour s'évaluer et évaluer l'autre et ne lui permettant pas de sentir une continuité de son existence. Un sentiment de vide est alors éprouvé par cette dernière, en raison de cette incapacité à ressentir une continuité et une cohésion de son self quand elle est seule ou même lorsqu'elle est en lien avec les autres. Elle semble également manifester certaines ambivalences quant à sa perception d'elle-même et de ses propres comportements. Elle se demande pourquoi elle n'est pas heureuse alors qu'elle a tout pour elle et pourquoi elle a tendance à rompre ou à fuir quand elle aimerait s'investir avec quelqu'un qui lui plaît. Elle questionnait beaucoup son besoin d'avoir des émotions fortes comme ses abus d'alcool ou de drogues, ses achats compulsifs, sa conduite automobile et ses relations sexuelles à risques. Elle voyait dans tout cela des comportements parfois normaux et parfois inquiétants. La diffusion de l'identité était suspendue momentanément chez Madame S. lorsqu'elle

s'automutilait parce que la douleur physique permettait de réintégrer certains affects négatifs dans le Moi. Cet investissement pulsionnel remplacerait le sentiment de vide ressenti auparavant. L'automutilation permettrait aussi de ne plus avoir un sentiment d'irréalité par une restauration des limites du Moi, parce que la douleur physique qui émerge suite à l'acte, est bien réelle et souvent accompagnée de marques visibles, comme les ecchymoses. Lorsque l'objet est perçu comme tout bon, la dépendance ressentie envers lui est si grande que Madame S. avait l'impression de ne plus avoir de contrôle; l'automutilation dans ce cas, pourrait être vue comme un moyen de reprendre un contrôle sur soi en s'attaquant au corps. Quand la patiente ressentait une grande dépendance face à l'objet, par exemple lorsqu'un homme lui plaisait réellement, la crainte d'être abandonnée par lui devenait encore plus insupportable. Lorsque Madame S. se percevait comme toute mauvaise, elle préférait souvent s'isoler plutôt que d'être rejetée ou abandonnée par l'objet. Dans cette situation, l'automutilation viendrait diminuer la tension ressentie lorsqu'elle avait des affects négatifs en lien avec l'abandon réel ou perçu de la part de l'objet. Le deuxième critère d'un trouble de personnalité limite, selon Kernberg et al., est l'utilisation de mécanismes de défense primaires tels que le clivage, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Il était évident que Madame S. utilisait ces mécanismes de défense. Elle avait tendance à dénier certains faits qu'elle avouait par la suite et/ou l'importance de ses gestes, à se voir et à voir l'autre de façon clivée, à se sentir omnipotente quand elle exerçait un contrôle sur son alimentation lui donnant le sentiment d'être toute puissante par la suite quand elle était en relation. Une tendance à se dévaloriser et à dévaloriser l'autre quand il ne répondait pas à ses besoins ou n'agissait pas selon ses perceptions clivées était aussi observable. Le dernier critère est la capacité à maintenir l'épreuve de réalité. Madame S. avait beaucoup de difficulté à évaluer ses comportements d'après les normes sociales établies et parfois avait une identité diffuse. Elle avait alors l'impression d'agir presque inconsciemment lors de ses crises d'automutilation ou suicidaires. Ces crises se manifestaient, selon elle, sans raison apparente. Elle se voyait faire les gestes de l'extérieur, comme dans

un rôle d'observateur externe, parce qu'elle était déconnectée de ce qui se passait et n'avait pas de réel contrôle sur la situation. Le contrôle des gestes d'automutilation et des tentatives de suicide prend une place importante dans la première phase du traitement dans le modèle thérapeutique de Kernberg et al. (1999). Cette phase consiste en la contenance des impulsions. Tel que mentionné précédemment, nous avons tenté de faire valoir l'importance de terminer le traitement même si la cliente devait le faire avec un autre thérapeute. Nous avons aussi exploré dès les premières rencontres, les tentatives de suicide et les gestes d'automutilation en laissant à Madame S., au cours des séances, l'espace nécessaire pour discuter de ce qui la préoccupait le plus. Un contrat visant à chercher de l'aide en situation de crise a également été établi avec Madame S. Selon notre entente, elle s'est rendue à l'hôpital quand elle a senti qu'elle pouvait être un danger pour elle-même et en a discuté avec sa mère et avec nous par la suite. Il a semblé parfois difficile pour la cliente, de prime abord, de dire ce qu'elle pensait réellement ou d'aborder certains sujets par crainte d'être jugée. Elle a été en mesure de discuter de ses préoccupations en ajoutant ou corrigeant quelques détails de ses expériences au fur et à mesure que le lien de confiance s'élaborait. Par exemple, elle avait tendance à dévoiler qu'une partie de la vérité en déniait certains éléments importants tels que sa consommation de drogue, ses relations sexuelles à risques ou sur ses conduites alimentaires. Lorsqu'elle a senti qu'elle n'était pas jugée et que nous étions là pour l'aider dans la compréhension de son état et de ses gestes inappropriés ou dangereux pour elle, Madame S. accepte de se livrer davantage en corrigeant ou en amenant d'autres détails sur les sujets abordés précédemment. L'instauration d'un climat de confiance par la régularité des rencontres a fait en sorte que la patiente était apte à reconnaître sa propre capacité à être en lien et à s'exprimer sur des thèmes qui suscitaient chez elle des sentiments négatifs et que malgré cela la relation pouvait perdurer. Nous croyons que Madame S. a pu commencer à réaliser que malgré ses perceptions clivées, certaines nuances étaient possibles dans les relations même si l'autre ne réagissait pas en fonction du clivage de ses perceptions. Ceci l'a grandement aidé à se rapprocher de sa mère et à

diminuer les conflits à la maison. Même si notre suivi a été de courte durée, Madame S. était consciente de l'importance de poursuivre le traitement et était moins réfractaire au changement de thérapeute parce qu'elle avait pu sentir qu'un lien de confiance était possible. Voyant que la thérapie l'amenait à mieux comprendre ses enjeux et l'aidait à se sentir mieux en découvrant les causes de ses difficultés. Nous avons constaté une amélioration chez elle par l'arrêt de ses gestes d'automutilation et croyons qu'elle a sûrement pu bénéficier de la poursuite de son suivi. Nous terminerons donc, en vous présentant une approche développementale du self, celle de Fonagy et al. (2004).

CHAPITRE V

APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE : FONAGY ET AL.

5.1 Origines de la théorie

Les travaux de Fonagy et al. (2004) se basent sur des approches psychanalytiques et sur une approche philosophique de l'esprit permettant de définir le processus par lequel l'enfant comprend l'esprit des autres et de ce fait, le sien. Les auteurs tiennent compte non seulement des cognitions, mais aussi des affects, les différenciant ainsi des autres approches cognitives, mais les reliant aux théories de l'attachement. Les recherches faites dans le domaine de l'attachement fournissent, à ces derniers, des données empiriques confirmant que le self de l'enfant se développe à partir de la relation affective qu'il entretient avec la personne qui lui donne les soins. Fonagy et al. (2004) proposent alors une reformulation qui consiste à voir aussi l'attachement comme quelque chose permettant la formation de systèmes représentationnels qui assureraient une part dans la survie de l'être humain. Ils font un rapprochement entre les théories psychanalytiques et celles de l'attachement et c'est essentiellement pour enrichir les théories de John Bowlby que les auteurs ont développé la théorie de la régulation des affects et de la mentalisation. Fonagy et al. (2004, p.5) proposent que : « ...la réflexion du self ainsi que l'habileté à refléter l'esprit des autres sont des capacités construites qui sont développées (ou non) en dehors des relations précoces. Depuis que la mentalisation est un aspect central du fonctionnement social humain, nous pouvons inférer que l'évolution a placé des

valeurs particulières sur le développement de structures mentales pour l'interprétation des actions interpersonnelles ». Ainsi, la mentalisation, qui est la conscience d'avoir un esprit pouvant modérer notre expérience du monde, est reliée au type d'attachement de l'enfant. La qualité de l'attachement, se manifestant par un lien sécure ou insécure, donne un indice des capacités de mentalisation de l'enfant. Selon les auteurs, un type d'attachement insécure démontrerait une limitation au niveau des habiletés à mentaliser, amenant le sujet à une désorganisation des relations d'attachement dans une situation de stress. Un autre aspect théorique présenté par Fonagy et al. (2004), concerne également la désorganisation des relations d'attachement, mais en considérant, cette fois, le besoin constant d'utiliser l'identification projective dans les relations pour extérioriser une partie étrangère au self. Les auteurs utilisent le concept d'*alien self* pour expliquer le fait que certaines parties du self sont étrangères à l'enfant, car elles sont le résultat d'une réflexion inadéquate de l'émotion par la personne qui lui donne les soins. Ils expliquent que : « Quand les soins parentaux sont extrêmement insensibles ou en dysharmonie, nous supposons qu'un défaut est créé dans la construction du self psychologique... L'enfant est forcé à internaliser la représentation de l'état mental de l'objet comme une partie centrale de lui-même. Mais dans certains cas, l'autre intériorisé demeure étranger et déconnecté des structures du self constitutionnel » (Fonagy et al., 2004, p.11). Dans la plupart des relations de ces enfants, l'identification projective est alors fréquemment utilisée pour se débarrasser de ce qui est étranger en le projetant sur l'autre. Avec les concepts de mentalisation et d'*alien self*, Fonagy et al. (2004) veulent favoriser la compréhension de la problématique borderline qui peut se retrouver à des degrés divers chez plusieurs patients, même ceux qui n'ont pas de diagnostic formel. Les auteurs ont donc créé une théorie qui peut intégrer les données cliniques et empiriques dans la pratique thérapeutique en permettant de comprendre la pathologie à partir du niveau ou du défaut de mentalisation du patient.

5.2 Le développement du self

Malgré le fait que chez l'enfant l'universalité de certaines émotions et de leurs expressions faciales associées a été démontrée (Ekman, 1993), Fonagy et al. (2004) ne pensent pas que l'enfant est totalement conscient de ce qui se passe en lui et est capable de le différencier en l'associant à une émotion précise. Pour eux, il n'existe pas de contenant émotionnel présent dès la naissance. Il émergerait de l'apprentissage par observation de l'expression des affects chez les autres, par l'association de ces émotions à la situation et aux réponses comportementales en lien avec cette émotion. Leur hypothèse est que l'enfant se base tout d'abord sur les stimuli externes pour se construire une représentation primaire de l'émotion, même si certains stimuli internes sont activés. Ainsi les stimuli externes ne sont pas perçus par l'enfant de façon consciente et parce qu'ils ne sont pas groupés de manière à pouvoir y distinguer une émotion spécifique. Il semblerait qu'un système de communication s'installerait, entre la mère et l'enfant suite à la naissance, dans lequel la mère jouerait un rôle de modératrice des états affectifs de l'enfant en lui reflétant ses émotions d'une façon marquée, interprétée par l'enfant comme étant une version simulée de sa propre émotion. Les auteurs proposent alors que les transformations comportementales, différenciées entre celles réalistes et celles marquées, forment un code de communication généralisé dans le développement normal. Ce code serait associé tout d'abord à un découplage référentiel du contenu émotionnel exprimé par la personne qui manifeste le comportement, ensuite à l'ancrage référentiel du contenu exprimé dans une personne autre que celle démontrant l'émotion (en l'occurrence l'enfant) et pour terminer, l'arrêt des conséquences de la version réelle du contenu exprimé. Ainsi le modèle du biofeedback social de la réflexion des affects propose donc que la mère module l'état affectif de l'enfant, en lui fournissant une expression comportementale marquée répondant au comportement que l'enfant utilise pour exprimer son émotion. La réflexion des affects permettrait le développement de deux fonctions essentielles,

soit la régulation des affects et soit l'intériorisation de l'émotion par l'apprentissage environnemental résultant en l'émergence d'une représentation secondaire de l'émotion chez l'enfant. Pour que l'enfant puisse développer un self cohérent, la réflexion des affects par une figure parentale doit être assez adéquate pour lui permettre de comprendre, à l'aide de l'émotion reflétée marquée, son émotion et de pouvoir par la suite prédire le comportement approprié quand il ressent cette émotion. Cependant, les auteurs démontrent que le développement du self de l'enfant peut être déficient résultant d'un manque de marquage au moment de la réflexion des affects ou s'il y a un manque de congruence entre l'émotion reflétée et celle ressentie réellement par l'enfant. Le conflit se trouve donc au niveau du miroir parental qui comporte certaines lacunes par rapport à ce qu'il devrait être. Fonagy et al. (2004) expliquent que lorsqu'il y a un manque de marquage le parent reflète les émotions négatives de l'enfant en produisant une version trop similaire à la version réelle de l'émotion. Par conséquent, il est impossible pour l'enfant de faire le découplage de l'émotion et de se l'attribuer; l'émotion est donc considérée comme étant l'émotion réelle du parent. Si le découplage de l'émotion n'a pas lieu, l'ancrage ne peut se faire chez l'enfant, il ne pourra pas par la suite, se créer une représentation secondaire de son état émotionnel primaire. Lorsque des difficultés au niveau de l'ancrage sont présentes, les auteurs observent des déficiences dans la perception du self de ces enfants. Ils perçoivent aussi un manque de contrôle du self dans la régulation des affects parce que l'émotion reflétée est attribuée au parent, l'enfant ne la vit pas à l'intérieur de lui-même, mais à l'extérieur, dans le parent. Pour terminer, lorsque l'enfant perçoit l'émotion négative, comme étant trop réaliste et attribuée au parent, son état émotionnel négatif augmente l'amenant ainsi à ressentir la situation comme un traumatisme plutôt que comme un contenant lui permettant de réguler ses affects. Fonagy et al. (2004) soulignent que le miroir parental peut aussi être inadéquat s'il y a un manque de congruence entre l'émotion exprimée par l'enfant et celle que le parent lui reflète de façon marquée. À ce moment, l'enfant découple l'émotion du parent et se l'attribue en raison du marquage de l'émotion. L'ancrage se produira si le

degré de contingence du miroir parental est élevé et relié à cette émotion mal catégorisée. Il en résultera, d'après les auteurs, à une représentation secondaire déformée de l'état émotionnel parce que le miroir n'est pas congruent avec l'état affectif réel de l'enfant. La perception de l'état du self restera déficitaire, car l'enfant doit s'attribuer des émotions qui ne sont pas issues de la même catégorie que celles qu'il ressent. Lorsque le conflit prend place par un miroir parental déformé, le développement du self et le maintien de sa cohésion restent difficiles, car l'intégration et la compréhension des affects semblent mal intégrées et l'enfant reste dans le mode de l'équivalence psychique sans pouvoir accéder au mode du jeu simulé.

5.3 La motivation dans le modèle de Fonagy et al.

Le modèle de Fonagy et al. (2004) représente donc un modèle dont la motivation est développementale, car pour atteindre un niveau de mentalisation supérieur, l'enfant doit tout d'abord comprendre la première étape, celle du mode de l'équivalence psychique. C'est grâce à la qualité du miroir parental que l'enfant peut se faire une représentation interne de son état émotionnel. Lorsque le parent est capable de refléter à l'enfant son émotion de façon marquée, il lui fournit ainsi l'occasion de se faire une représentation secondaire de son état émotionnel et aussi d'associer les conséquences reliées à cet état, ce qui permet l'autorégulation des affects. Toutefois, plusieurs éléments peuvent faire en sorte que le miroir parental soit déficitaire ou mal adapté. Le self de l'enfant se développe donc sans pouvoir atteindre le niveau du jeu simulé, demandant que l'enfant puisse reconnaître et différencier ses états émotionnels, de ceux des autres, pour pouvoir ainsi les mettre en scène et les explorer dans le jeu. Les auteurs tiennent compte également du lien d'attachement qui favorise le développement des capacités de mentalisation chez l'enfant, en lui permettant de mieux s'adapter et prévoir les conséquences reliées à son émotion et ainsi éviter les traumatismes qui pourraient provenir de certaines expériences vécues.

Car la confiance de l'enfant dépend du *holding* de l'environnement et Winnicott (1968, p.209) explique que : « Le terrible, c'est que rien n'est jamais oublié... on peut dire que les bébés et les enfants ne se souviennent pas des choses qui se sont bien passées, qu'ils se souviennent de celles qui se sont mal passées... parce que brusquement la continuité de leur existence a été interrompue... ». Si l'environnement peut soutenir le bébé suffisamment lors de tels événements, l'enfant développera un lien de confiance, lien qui ne peut se développer si l'enfant ne se sent pas soutenu lors des soins. Ainsi pour Fonagy et al. (2004), la qualité du lien d'attachement de l'enfant peut fournir des indices sur le niveau de mentalisation et d'autorégulation du self.

5.4 Les fonctions du self

Fonagy et al. (2004) pensent que le self peut devenir un agent d'autorégulation lorsque les interactions servant à la régulation des affects sont faites à partir d'une relation impliquant un miroir parental adéquat. Comme le miroir parental fournit une meilleure compréhension du monde interne et externe, l'enfant qui pensait dans un mode d'équivalence psychique pourra accéder à un mode de jeu simulé où il mettra en scène non seulement ses émotions, mais aussi ses fantasmes, désirs, craintes, etc. Pour ce faire, l'enfant a besoin d'un adulte ou d'un autre enfant plus âgé qui, par le jeu, lui reflètera son émotion. L'attitude *comme si* du parent dans le jeu devient un cadre permettant à l'enfant d'explorer son état affectif d'une manière simulée ou marquée. L'enfant n'est alors pas dans un mode d'équivalence psychique en sachant que son émotion n'est pas réelle. Il la perçoit comme si elle appartenait au parent et la voyant ainsi à l'extérieur de lui, il peut l'introjecter. Ce processus amène l'enfant à se faire une représentation mentale de cet état affectif par l'expérience répétée de la mise en scène de cette émotion dans le jeu qu'il a créé avec son parent. Toutefois, les auteurs soulignent l'importance de l'attitude *comme si* du

parent. Cette attitude permet à l'enfant d'être en mesure de discerner clairement l'émotion que le parent reflète et le reflet de celle-ci doit être exécuté de façon à ce que l'enfant ne soit pas submergé par son authenticité et voit le jeu dans l'expression parentale. L'interaction dans le jeu du parent et de l'enfant amène ce dernier à développer des aménagements qui lui permettront de développer son self et de se servir de ceux-ci pour s'autoréguler. Ces aménagements concernent, selon Fonagy et al. (2004), l'encodage des affects marqués, celui de la modification du contenu ainsi que l'agencement des aspects du miroir parental. Lorsque l'enfant expérimente à plusieurs reprises une émotion dans le jeu, il finit par faire une association entre les aménagements mentionnés précédemment et l'expérience régulatrice qui s'en suit, ce qui semble être la base de l'autorégulation des affects chez l'enfant. En résumé, les auteurs croient que « ...l'existence d'au moins un contexte d'attachement congénital encourageant le développement représentationnel peut être suffisant pour établir une mentalisation ou une fonction réflexive relativement mature. Une fonction réflexive élevée, en retour, a été démontré comme étant corrélée avec la capacité de métaboliser et de surmonter avec succès les conséquences affectives potentiellement dangereuses de la traumatisation » (Fonagy et al., 2004, p.313). Cependant, quand l'enfant est victime de mauvais traitements, l'expression de ses sentiments autant positifs que négatifs se fait avec difficulté, engendrant souvent des problématiques au niveau relationnel (Winston, 2000). Lorsque le lien d'attachement est précaire, la capacité de mentalisation semble lacunaire et il est possible d'observer, dans certains cas, l'émergence d'un trouble de personnalité borderline comme résultat.

5.5 Définition du trouble de personnalité borderline

D'après Fonagy et al. (2004), le trouble de personnalité borderline démontre un arrêt du développement à un niveau de fonctionnement en mode d'équivalence psychique. Cet arrêt est dû à un manque de marquage ou de congruence dans la

fonction réflexive des parents qui ne permet pas d'accéder à un mode de jeu simulé et à un niveau supérieur de mentalisation. L'enfant doit alors créer un lien d'attachement avec une figure parentale qui, par exemple, ne répond pas à ses besoins primaires, le maltraite, l'effraie, etc. Dans ce cas, l'enfant a peu de chance de développer un lien d'attachement sécure et les premières structures du self se construisent malgré le manque de miroir ou un miroir défaillant. Cependant, les auteurs précisent que certaines parties du self resteront étrangères ou déconnectées du self constitutionnel de l'individu. Ils expliquent que dans les cas de mauvais traitements ou d'abus, la partie étrangère au self est vue comme persécutrice. L'identification projective permettrait alors à l'individu de projeter à l'extérieur du self cette partie mauvaise et d'avoir ainsi un sentiment de contrôle sur elle. Par contre, lorsque la personne se retrouve seule, un sentiment de vulnérabilité et d'insécurité est ressenti en raison du fait que la représentation persécutrice est vécue comme provenant de l'intérieur et devenant quelque chose dont il est difficile de s'échapper. Les relations sont toujours chaotiques chez les borderline parce que « leur habileté à contrôler et à interpréter correctement les indices pertinents disponibles de l'état mental dans une relation intime d'attachement semblent inhibée, sous-développée, ou déformée » (Fonagy et al. 2004, p.359). Toutefois, il n'y a pas que les relations qui semblent problématiques chez les borderline, et les auteurs reprennent sept critères diagnostiques reconnus pour expliquer ce trouble à l'aide de leurs théories. Tout d'abord, l'instabilité au niveau du sens du self serait due à une absence de capacité réflexive et à un manque de précision de l'état interne par des représentations secondaires. Les relations permettent à l'individu d'extérioriser sur l'autre la partie étrangère de son self, lui donnant ainsi un sentiment de contrôle et de cohésion, car l'autre agit en accord avec ses représentations internes. Cependant, l'autre étant vu comme une partie des représentations internes, fait en sorte qu'il n'y a plus de place pour qu'il y ait une vraie rencontre et la plupart du temps c'est l'abandon qui suit. Deuxièmement, l'impulsivité influence également les relations des personnes avec un trouble borderline parce qu'elles ont tendance à utiliser des

stratégies physiques centrées sur l'action pouvant ressembler à une forme d'intimidation. L'utilisation de telles stratégies reflète un niveau de mentalisation plutôt primaire, qui démontre que l'impulsivité provient aussi d'une mauvaise compréhension et régulation des affects. Pour continuer, l'instabilité émotionnelle et l'irritabilité résultent de la difficulté à mentaliser, ce qui occasionne une rigidité dans la manière de voir les relations interpersonnelles. Pour les individus ayant une personnalité borderline, il est difficile d'imaginer différentes hypothèses sur une situation lorsque l'autre déroge de leur schéma préétabli et ce en raison de leur fonctionnement en mode d'équivalence psychique qui ne permet pas de *jouer avec la réalité* (Fonagy et al. 2004). Quatrièmement, le suicide représente une tentative pour détruire la partie étrangère du self et d'une façon plutôt fantaisiste de libérer le self constitutionnel de ses agresseurs. Comme les personnes avec un trouble borderline ont besoin de l'autre pour maintenir une certaine cohésion, l'abandon veut dire la réintégration de l'*alien self* à l'intérieur de leur propre self et le suicide permet de recréer l'*alien self* sans la présence de l'autre ou de le détruire pour de bon. L'automutilation est également un moyen de s'attaquer à l'*alien self*, tout en tentant de restaurer les limites du self. Ensuite, le clivage permet à l'enfant de maintenir des représentations cohérentes face à un adulte agresseur en le voyant de deux manières distinctes, soit idéalisé ou soit persécuteur. Comme la fonction réflexive est peu présente dans ces cas, l'enfant ne peut utiliser qu'une seule représentation à la fois et le clivage lui permet ainsi de prédire les actions de l'autre en se référant selon la représentation interne qui sera activée. Quant à l'identification projective, elle provient d'un défaut de simulation, ce qui veut dire que l'individu attribue à l'autre son propre état mental. Chez les personnes borderline, ce serait l'*alien self* persécuteur qui serait projeté sur l'autre automatiquement quand il y a présence d'un défaut de simulation. Pour terminer, la conséquence directe d'une mauvaise mentalisation est le vide qui apparaît parce que l'individu n'est pas en mesure de se créer une représentation secondaire de son état affectif. Les relations souffrent beaucoup du défaut de mentalisation qui amène l'isolation de l'individu ne pouvant

expérimenter un sentiment de continuité et de présence mentale nécessaire à une rencontre véritable. Ces symptômes font en sorte que le traitement semble parfois un défi pour le thérapeute et le patient. Cependant, Fonagy et al. (2004) nous proposent un modèle incluant l'expérience du jeu au sein de la thérapie qui favorise le changement au niveau affectif.

5.6 La position thérapeutique de Fonagy et al.

Pour Fonagy et al. (2004), le but thérapeutique est la compréhension des affects non seulement au niveau rationnel, mais aussi au niveau de l'expérience vécue qui en émane. Ce processus est appelé affectivité mentalisée par les auteurs et comporte trois éléments : l'identification, la modulation et l'expression des affects. Ceci aide l'individu à avoir une meilleure compréhension de sa propre subjectivité et permet l'élaboration de nouveaux sens pour un affect déterminé. Cela n'implique pas un changement en nature de l'affect mais plutôt un changement dans sa forme, sa signification, et ce, grâce à la mentalisation. L'affectivité mentalisée représente le changement que subit la régulation des affects par la mentalisation et comprend alors un élément réflexif. Pour ce faire, le lien thérapeutique doit donner un espace nécessaire pour que le thérapeute et le patient puissent entrer dans un mode de jeu simulé. Dans cette relation particulière, le thérapeute doit être en mesure de représenter ce que le patient désire, mais en recréant l'expérience d'une façon similaire, mais non identique pour qu'elle puisse être tolérable pour le patient. Cependant, le thérapeute doit garder en tête que le patient borderline fonctionne en mode d'équivalence psychique et que le transfert est alors vécu comme une réalité plutôt que comme une illusion. Il doit donc créer un lien d'attachement avec celui-ci pour favoriser la mentalisation tout en gardant une distance nécessaire lui permettant d'avoir une vue d'ensemble du patient pour mieux comprendre ce qui se rejoue dans le lien thérapeutique. La réalité du transfert pour les personnes souffrant d'un trouble

borderline conduit ces dernières à projeter l'*alien self* sur le thérapeute qui devient l'objet menaçant. Dans cette position, plusieurs manifestations contre-transférentielles pourront apparaître chez le thérapeute. Il devra en tenir compte tout en ayant une représentation bien définie du self du patient pour en arriver à une compréhension de ce qui se passe à ce moment précis de la thérapie. Toutefois, malgré le niveau élevé de compréhension du thérapeute, les auteurs soulignent qu'il ne doit pas toujours communiquer ses interprétations au patient si ce dernier n'est pas encore en mesure de lui donner un sens, car il pourrait se sentir submergé par ses émotions et les traduire en actes, en s'automutilant par exemple. Cependant, si la thérapie vise seulement un support sans l'exploration des affects, le lien d'attachement au thérapeute devient très fort, mais l'autorégulation des affects n'est pas favorisée. De ce fait, les passages à l'acte seront plus fréquents et sérieux. Comme nous l'avons expliqué précédemment, le lien d'attachement avec le thérapeute étant trop fort, l'automutilation permettra à la personne borderline de reprendre le contrôle sur sa dépendance face à l'objet.

5.7 Présentation du cas de Madame T.

Dans les pages suivantes, nous vous parlerons du cas de Madame T. pour comprendre comment le symptôme de l'automutilation peut être élaboré en lien avec la théorie de Fonagy et al. (2004). Nous commencerons par faire un bref aperçu des événements de la vie de Madame T. qui l'ont poussée à s'automutiler pendant plusieurs années. Ensuite son diagnostic de trouble de personnalité borderline sera décrit à l'aide des critères du DSM IV (1996) et nous terminerons avec des liens théoriques avec la conceptualisation du self de Fonagy et al (2004).

Madame T. est une femme dans la trentaine, qui a commencé à s'automutiler à la fin de l'adolescence. Elle est la cadette d'une famille de quatre enfants. Elle dit

avoir eu une enfance normale, mais craignait beaucoup l'autorité paternelle, contrairement à son frère et ses deux sœurs aînées qui semblaient, selon elle, ne pas avoir le même traitement parce que plusieurs années les séparaient. Quand elle était enfant, elle avait tendance à se réfugier auprès de son frère pour se sentir en sécurité. La mère était souvent indisponible parce qu'elle se rangeait toujours du côté du père pour le calmer lors de ses colères intenses et éviter qu'il ne s'en prenne aux enfants. À l'adolescence, Madame T. avait tendance à s'isoler pour ne pas déranger le climat familial et ne pas subir les colères de son père qui était sévère avec elle et qui craignait pour sa sécurité si elle avait à sortir seule. Elle avait un très bon lien avec son frère qui l'amenait souvent avec lui lors de ses sorties sociales. Ces sorties plaisaient à Madame T., car son père n'était pas anxieux pour elle dans ces moments-là. Les liens avec ses sœurs étaient plutôt distants en raison de la différence d'âge. Madame T. ne se sentait pas à la hauteur lors des discussions et ne partageait pas les mêmes intérêts. Elle a commencé ses premiers gestes automutilants vers 17 ans, quand elle s'est sentie abandonnée par son frère qui avait une relation amoureuse. Il n'était plus aussi disponible pour elle et ne l'invitait presque plus à sortir préférant la compagnie exclusive de sa petite amie. Supportant mal d'être mise à l'écart par son frère, Madame T. commença à s'automutiler en se coupant ou en se brûlant afin de diminuer la souffrance reliée à la perte de la complicité avec son frère. Elle s'isolait et n'entretenait pas de lien avec ses compagnons de classe à l'extérieur de l'école. Elle dit avoir essayé de se rapprocher alors de sa mère et de ses sœurs, mais que celles-ci ne la comprenaient pas et qu'elle n'avait pas sa place auprès des membres féminins de sa famille. Ses gestes d'automutilation devinrent de plus en plus fréquents quand ses sœurs et son frère ont quitté le domicile familial pour aller rester avec leurs conjoints respectifs. Elle ressentit alors un grand vide et avait de la difficulté à communiquer avec ses parents qui essayaient de se rapprocher d'elle. Se retrouvant la seule des enfants à la maison, son père est devenu plus permissif avec elle et elle entama une relation amoureuse avec son voisin en qui son père avait une grande confiance. Cette relation est vite devenue fusionnelle, car Madame T. sentait qu'il

pouvait lui fournir une sécurité et une compréhension qui ressemblait à celles qu'elle avait auparavant dans le lien avec son frère. Au début de la vingtaine, elle emménagea avec son amoureux, elle s'était trouvée un travail et avait recours à l'automutilation seulement lors de moments de grand stress. Ils ont donc décidé de fonder une famille et Madame T. eut une fille et un garçon dans les deux années qui ont suivi leur déménagement. Par la suite, elle quitta son emploi pour s'occuper des enfants, mais était très anxieuse et craignait toujours pour leur bien-être. Les actes d'automutilation recommencèrent lorsque ses enfants étaient tout jeunes, car Madame T. croyait que son amoureux s'occupait plus des enfants que d'elle-même et qu'il l'abandonnait ou la rejetait suite aux deux naissances. Elle fit une première tentative de suicide qui l'amena à une courte hospitalisation. Dans les deux années qui suivirent les naissances de ses enfants, Madame T. a tenté à ses jours à quatre autres reprises et a été hospitalisée à chaque fois. Elle avait alors un suivi avec un psychiatre et un psychologue, mais n'assistait pas de façon constante. À ce moment, son conjoint prit la relève des soins quotidiens des enfants. Il faisait également des efforts pour comprendre la souffrance de Madame T. qui ne voulait pas s'ouvrir avec lui. Il se sentait désemparé, car il craignait pour la sécurité de Madame T. et de celle de ses enfants suite à ses tentatives de suicide. Il a donc décidé de se séparer de Madame après sept ans de vie commune et obtint la garde complète des enfants.

Se retrouvant seule, Madame T. s'est remise au travail et décida d'essayer de suivre de façon plus régulière les thérapies qui lui étaient offertes, dans le but d'obtenir la garde partagée de ses enfants. Elle quittait fréquemment ses emplois après quelques mois, se sentant dénigrée et incomprise par ses collègues. Trouvant que la médication et les thérapies auxquelles elle participait ne l'aidaient pas réellement, elle s'est alors mise à boire pour alléger sa souffrance. Madame T. se sentait en situation d'échec à chaque fois qu'elle entreprenait un nouveau travail, l'alcool et l'automutilation devenaient donc des moyens pour diminuer la souffrance et l'anxiété qu'elle éprouvait face aux situations nouvelles et face au vide intense créé

suite à la perte de son conjoint et de ses enfants. Son frère était toujours présent pour elle et la voyait régulièrement pour essayer de la supporter et de l'aider à obtenir la garde partagée de ses enfants. Elle pouvait à nouveau retrouver du réconfort et de la compréhension auprès de son frère. Malheureusement, il décéda de façon accidentelle et Madame T. s'est toujours sentie coupable et responsable de sa mort, car il eut un accident en s'en allant de chez elle. Madame T. avait beaucoup de difficulté à accepter et à comprendre pourquoi il était décédé, alors qu'elle-même voulait mourir et avait attenté à ses jours à plusieurs reprises sans succès. Elle était très en colère face à cette injustice de la vie. Se demandant pourquoi son frère la laissait seule à nouveau avec sa souffrance et un vide insoutenable. Elle fit une autre tentative de suicide en réaction à ce décès, et les autres membres de sa famille apprirent alors les difficultés de Madame T. qui leur avait toujours caché la vérité jusqu'à présent. Les liens familiaux se sont donc améliorés, mais Madame T. se sentait toujours mal et ne voyait pas la possibilité que sa souffrance puisse un jour disparaître même si elle faisait des efforts pour être en thérapie. Lors de ses quatre premières années de consultation, Madame T. a été hospitalisée brièvement, et ce, à plusieurs reprises pour des tentatives de suicide et des comportements d'automutilation. Elle a entrepris alors une thérapie individuelle avec un psychologue et un suivi avec un psychiatre pour trouver une médication adéquate. L'évaluation de Madame T. révèle un trouble de personnalité borderline, tel que décrit par le DSM IV (1996), il sera explicité dans les pages suivantes. Par la suite, elle a aussi participé à des thérapies de groupe pour ce type de trouble, a côtoyé certains centres communautaires venant en aide aux femmes, aux parents, aux sans emploi, aux toxicomanes, etc. Madame T. s'est souvent engagée dans diverses relations d'aide depuis près de dix ans, mais sa participation n'était pas régulière. Madame T. avait cessé de s'automutiler depuis presque cinq ans, lorsque nous l'avons rencontrée la première fois, mais ses idéations suicidaires étaient toujours présentes. Elle avait également réussi à avoir la garde partagée de ses enfants, une semaine sur deux, suite aux suivis thérapeutiques entrepris jusqu'à maintenant. Quand nous avons débuté la thérapie avec celle-ci, elle

consultait simultanément un psychiatre (mensuellement) et une travailleuse sociale (hebdomadairement). Nous lui proposons alors de suivre une thérapie de trente séances hebdomadaires. Après avoir pris connaissance des modalités de la thérapie offerte, Madame T. s'est entendue avec nous pour un premier rendez-vous auquel elle ne s'est pas présentée.

Le lendemain du premier rendez-vous manqué, nous recevons un message de Madame T. nous disant qu'après réflexion, elle ne ressentait plus le besoin de faire une thérapie individuelle croyant que les suivis avec son psychiatre et sa travailleuse sociale lui suffiraient. Elle s'est ravisée par la suite, en demandant s'il est possible pour elle de reprendre sa place et d'obtenir un nouveau rendez-vous. Nous acquiesçons à sa demande et un nouveau rendez-vous fut fixé. Lors de cette rencontre, elle nous dévoile ses idées suicidaires et démontre des tendances dépressives qui semblent reliées à un sentiment d'abandon qu'elle vit lorsqu'elle se retrouve seule sans ses enfants. Elle explique qu'elle ressent un vide immense qu'elle essaie d'apaiser par l'alcool, mais que dans ces moments, elle repense toujours à l'apaisement que lui procurait l'automutilation et en vient à croire que le suicide serait la solution pour la libérer définitivement et rapidement de sa souffrance. Nous explorons donc avec elle ces thèmes, et comme Madame dit être un danger pour elle-même, nous convenons avec celle-ci d'un contrat lui demandant d'appeler dans un centre de crise ou de se présenter à l'urgence si elle se sent débordée et veut passer à l'acte. Elle considère l'instauration du contrat comme quelque chose de sécurisant. Nous décidons également, d'un commun accord, que les objectifs poursuivis dans cette thérapie devront être axés sur la régularité et la continuité du suivi thérapeutique, de l'exploration des thèmes qui sont une préoccupation, comme ses idées suicidaires et l'automutilation, et sur la formation d'un lien de confiance nécessaire au travail thérapeutique. Lors des quatre séances suivantes, Madame T. semble ambivalente quant à la poursuite de son suivi. Elle se décrit comme étant dépendante affective, dit avoir besoin de l'autre pour avoir le sentiment d'exister et

pour ne pas ressentir le vide qui est toujours présent lorsqu'elle est seule. Madame T. explique qu'elle préférerait participer à un groupe de thérapie parce qu'il serait plus facile de s'y investir en s'identifiant aux autres patients. Elle prétend qu'elle se sent moins inadéquate quand elle parle de ses symptômes d'automutilation, de ses tentatives de suicide et de ses difficultés relationnelles quand elle se retrouve dans un groupe de personnes qui vivent les mêmes difficultés qu'elle plutôt que lorsqu'elle est seule devant un thérapeute. Lors d'une première rencontre de groupe, elle s'est sentie valorisée quand certains participants ont cru qu'elle était une intervenante. Elle se sent utile au sein du groupe quand elle parle de son vécu. Elle reconnaît qu'elle aimerait être une aidante plutôt qu'être aidée et qu'elle a plus de difficulté à s'identifier au thérapeute parce qu'elle se sent diminuée par le fait d'avoir besoin d'aide et envie souvent la position de ce dernier. Quand elle s'investit en thérapie individuelle, elle sent une grande dépendance face au thérapeute et une crainte de l'abandon et du rejet qui lui font vivre beaucoup d'anxiété. Même si elle est consciente que l'automutilation représenterait un comportement inadéquat et une régression au niveau thérapeutique, elle se plaint de ne plus pouvoir y avoir recours pour diminuer son anxiété et sa souffrance. Cependant, le besoin d'apaiser la douleur par l'automutilation est toujours présent lorsqu'elle se retrouve seule ou lorsqu'elle s'isole. Cela lui permet de remplacer d'une façon très rapide, un sentiment chronique de vide par une douleur physique. L'apaisement procuré par ses gestes durait quelque temps, mais la culpabilité et la honte lui succédaient par la suite, amenant Madame T. à se dévaloriser davantage et à se sentir encore plus inadéquate et anormale. Le besoin de s'automutiler est très fort lorsqu'elle n'a pas la garde de ses enfants, car, même si elle sait qu'ils reviendront la semaine suivante, à chaque fois elle vit leur départ comme un abandon. Elle explique qu'elle ressent un apaisement en parlant de ses difficultés lors des séances, mais qu'elle se sent encore plus seule et vide lorsqu'elle retourne à la maison. Suite à l'exploration de ces thèmes en thérapie, Madame T. annule la cinquième séance et le suivi thérapeutique. Elle rappelle la semaine suivante et demande deux séances par semaine, en affirmant qu'elle est prête

à s'investir cette fois-ci. Lors de notre séance, nous discutons du fait qu'elle a tendance à entreprendre plusieurs suivis à la fois, et qu'elle a de la difficulté à s'y engager puisqu'elle s'absente fréquemment de l'un et de l'autre. Elle explique qu'elle préfère cela, car lorsqu'elle n'a qu'une seule thérapie, qu'il lui est difficile de venir aux séances de façon régulière, car elle ressent trop de dépendance face au thérapeute. En résumé, pour une possibilité de trente séances, Madame T. a participé à seulement 19 rencontres, soit un peu plus de la moitié du temps qui lui était alloué. Cependant, la patiente a eu des conflits d'horaire avec ses autres suivis qui ont occasionné des rendez-vous manqués et nous avons dû interrompre une semaine à l'avance parce que Madame T. avait trouvé une place dans une maison de désintoxication. Dans l'ensemble, Madame T. a fait de grands efforts pour maintenir le lien. Pendant la thérapie, nous avons constaté que ses absences survenaient à la suite de l'exploration de thèmes plus difficiles pour elle, d'une demande pour avoir une nouvelle forme de suivi ou d'une modification du cadre. Dans les rencontres, la patiente a maintes fois fait mention du désir d'avoir recours à l'automutilation pour diminuer son anxiété, mais la verbalisation de ce type de désirs l'a empêchée de passer à l'acte. Au cours de la deuxième partie du suivi, Madame T. a vécu une crise où ses idéations suicidaires étaient très fortes et elle a alors fait appel à un ami qui s'est présenté chez elle pour discuter respectant ainsi le contrat établi au début du processus visant à rechercher de l'aide lors de crise plutôt que de s'isoler et d'être un danger pour elle-même. Malgré les nombreuses difficultés rencontrées dans le processus thérapeutique avec Madame T., nous pouvons voir une amélioration chez elle. Elle a beaucoup changé avec les années consacrées à la thérapie et suite à son diagnostic de personnalité limite.

D'après les critères du DSM IV (1996) observés chez la patiente, depuis le début de ses thérapies, nous en avons retenu six que nous allons décrire brièvement. Le premier critère observé, l'évitement de l'abandon réel ou perçu, peut s'illustrer chez Madame T. par son engagement dans une relation amoureuse fusionnelle suite au sentiment d'être délaissée par son frère. Au moment de sa séparation d'avec son

conjoint, elle effectue un retour vers son frère qui s'occupait beaucoup d'elle en raison de ses difficultés. Elle disait également avoir tendance à s'investir dans des suivis thérapeutiques variés pour ne pas ressentir de dépendance face au thérapeute et par crainte d'être abandonnée ou rejetée par ce dernier. Les relations instables, le deuxième critère observé chez elle, se manifestaient avec les membres de sa famille et ses amis avec qui elle n'entretenait que des liens partiels, souvent interrompus par l'isolement lors de crises. Quand elle sentait que ses parents voulaient se rapprocher d'elle, elle avait tendance à fuir en se refermant sur elle-même plutôt que de demander de l'aide, comme lors de ses hospitalisations. Lorsqu'elle se retrouvait seule, elle manifestait un besoin intense d'être en relation et elle essayait de renouer les liens avec ses proches qui ne comprenaient pas toujours comment gérer leur relation empreinte d'un grand manque de communication. Madame T. disait avoir de la difficulté à ne pas s'engager dans des relations fusionnelles et préférait souvent couper les liens au lieu de ressentir une dépendance face à l'objet. Troisièmement, Madame T. avait aussi une impulsivité marquée dans trois domaines de sa vie. Elle avait tendance à dépenser de façon compulsive pour l'achat de vêtements et de cadeaux pour ses enfants. Suite à ses extravagances, elle ne pouvait pas payer son loyer et devait demander constamment de l'argent à ses parents pour pouvoir boucler ses fins de mois. Elle ressentait de la honte lorsqu'elle devait demander de l'aide financière à ses proches, mais ne pouvait s'empêcher de faire des dépenses à cause du bien-être que cela lui procurait. Madame T. avait aussi des crises de boulimie lorsque ses enfants étaient chez leur père et essayait, disait-elle de combler le vide ressenti, par de la nourriture. La plupart du temps, elle avait de la difficulté à s'alimenter, mais réussissait toujours à faire des repas équilibrés pour ses enfants, ce qui lui donnait l'impression d'être une bonne mère. Elle abusait aussi des médicaments et de l'alcool lorsqu'elle n'avait pas la garde de ses enfants. Comme elle avait fait plusieurs tentatives de suicide par ingestion de médicaments, sa médication lui était remise qu'une seule fois par mois, pour éviter qu'elle ne la prenne de façon irrégulière et abusive, en prenant ses médicaments avec de l'alcool ou soit en prenant plusieurs

cachets d'un coup, se retrouvant ainsi sans médication pour quelques jours. L'instabilité affective, le quatrième critère observé chez Madame T., se manifestait par des phases dépressives laissant place à de l'irritabilité ou de l'anxiété. Elle parlait de sa difficulté face à ses changements d'humeur et craignait de faire vivre des moments pénibles à ses enfants lorsqu'elle se sentait irritable ou dépressive. Cinquièmement, un sentiment de vide chronique et intense était ressenti par Madame T. Elle en parlait souvent en thérapie et se demandait comment elle pourrait arriver à le faire disparaître. Elle craignait que ce vide l'habite à tout jamais malgré les nombreuses heures de thérapie qui n'avaient pas encore réussi à l'atténuer ou le faire disparaître. Le dernier critère observable chez elle concerne les gestes suicidaires et à caractère automutilant et lui fournissaient un autre moyen de faire disparaître ce vide intense et sa souffrance rapidement. Elle disait ne pas vouloir vraiment mourir pour ne pas faire de peine à ses enfants, mais voulait tout simplement arrêter de souffrir.

Dans le cas de Madame T., nous croyons que le miroir parental a pu être déficient en raison de l'indisponibilité de la mère à refléter l'affect et/ou parce que le lien d'attachement avec celle-ci ou avec son père était précaire. Comme la mère ne semblait pas avoir une grande disponibilité affective pour Madame T., les affects n'ont peut-être pas été suffisamment marqués. Dans ce cas, l'émotion semblait appartenir plutôt à la mère qu'à Madame T. qui ne pouvait se créer une représentation secondaire de son état affectif et l'encoder. Comme Fonagy et al. (2004) le suggère, il doit y avoir un lien avec au moins un adulte significatif. Ce lien d'attachement sécurisant n'a pas pu se développer ni avec la mère en raison de son indisponibilité et ni avec le père parce qu'il était colérique et l'effrayait. Lorsqu'elle était enfant, elle craignait beaucoup les colères de son père et la réflexion des affects faite par ce dernier pouvait donc être empreinte de cette émotion qui ne pouvait pas toujours correspondre à l'état affectif primaire de Madame T. Ceci illustrerait alors un manque de congruence dans la fonction réflexive. Il semblait difficile pour la patiente de s'attribuer ses propres émotions étant jeune et même encore aujourd'hui, car le

manque de marquage lors de la réflexion des affects fait en sorte que l'émotion est vécue comme appartenant au parent, à l'autre. Par exemple, lorsque Madame T. vivait des émotions primaires négatives dans sa relation avec son père, la perception de ces émotions négatives lui semblait réelles chez ce dernier et lui était attribuées. La situation vécue alors faisait en sorte que son état émotionnel négatif augmentait et ressemblait plus à une situation traumatisante qu'à une situation dans laquelle son père aurait pu être un contenant lui permettant de réguler ses affects. En raison du miroir parental défaillant, la cliente n'a pu se faire des représentations secondaires de son état interne, car les émotions étaient attribuées au parent. L'autorégulation devient impossible puisqu'elle ne peut comprendre ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même. L'accession au mode du jeu simulé reste lui aussi impossible si Madame T. ne comprend pas ses états affectifs. Sans l'identification de l'émotion et des conséquences associées à cette émotion, elle ne peut les mettre en scène dans le jeu. Elle doit alors se fier à l'autre pour définir son état affectif et l'utiliser pour l'aider à réguler ses affects par exemple dans la relation qu'elle a pu former avec son frère. Madame T. reste plutôt dans un mode d'équivalence psychique, comme les auteurs ont pu l'observer chez les patients ayant un trouble borderline, car l'émotion de l'autre est perçue comme sa propre émotion et vice versa. Dans ce contexte, certaines parties du self semblent étrangères parce qu'elles sont vécues comme quelque chose appartenant à l'autre, ou provenant de l'extérieur. L'identification projective permettrait la projection de l'*alien self* sur l'autre et donne une illusion de contrôle sur cette partie étrangère mauvaise. Lorsque l'autre déroge des schémas préétablis par la patiente, celle-ci n'est plus en mesure de comprendre ses états affectifs et les conséquences associées. Les relations demeurent difficiles dans ce contexte, car l'autre ne peut pas toujours réagir en fonction de ces schémas. Les relations fusionnelles pouvaient donc lui permettre de comprendre ce qui était en jeu dans son monde interne et de s'autoréguler en présence de l'autre. La dépendance ressentie face à l'autre dans le besoin de réguler ses états affectifs faisait en sorte que la relation était fusionnelle ou qu'il y avait rupture de cette relation si l'autre ne pouvait

lui fournir un miroir confirmant son état interne. Quand le lien était brisé et que l'isolement prenait toute la place, l'*alien self* était alors vécu ou perçu comme une partie du self car il ne peut être projeté sur l'autre. Dans ce cas, l'automutilation aidait Madame T. à détruire d'une certaine façon cette partie étrangère mauvaise. En ayant besoin de l'autre pour identifier son état affectif, Madame T. ressentait un vide intense parce que ses émotions n'étaient pas perçues comme faisant partie intégrante de son self mais plutôt comme étant associées à l'autre. Dans le traitement de Madame T., le fait qu'elle ait pu créer des liens de confiance avec certains de ses intervenants, malgré l'irrégularité des rencontres, ont permis à celle-ci d'identifier et de moduler certains affects en les exprimant en thérapie. Nous croyons que Madame T. a pu bénéficier des thérapies qu'elle a entreprises, car elle réussissait à verbaliser plutôt que de passer à l'acte. Le fait de mettre en scène certains affects dans un contexte d'attachement sécurisant lui ont permis de changer la signification de certaines émotions en les verbalisant avec le thérapeute dans un mode de jeu simulé. L'affect pouvait être changé et mentalisé par l'expérience similaire dans un mode de jeu permettant de créer d'autres significations pour l'affect qui était alors réintégré. Nous pouvons dire que Madame T. avait un self fragmenté qui ne lui permettait pas d'intégrer les diverses parties de soi pour en arriver à un sentiment de cohésion. Le besoin de l'objet pour réguler ses affects lui faisait vivre beaucoup de dépendance face à lui et les mécanismes de défense axés sur le clivage l'amenaient à s'isoler et à avoir des comportements destructeurs. Dans les quatre premières années de son suivi, Madame T. a vécu plusieurs crises démontrant que le développement de son self était plutôt au niveau de la différenciation. Elle n'avait pu atteindre le niveau de l'individuation permettant d'avoir un self cohésif. Cependant, les nombreuses thérapies entreprises par Madame T. l'ont aidée à améliorer sa capacité de mentalisation en verbalisant au lieu de passer à l'acte. Nous observons également chez Madame, comme l'expliquent Zanarini et al. (2007), que la présence de symptômes reliés à une situation de crise, disparaissait après cinq années de suivi, mais que les symptômes reliés aux sentiments de vide, de rage, d'abandon, etc. sont

toujours au cœur des difficultés de la patiente même après dix ans de thérapie. En somme, le traitement de Madame T. a débuté par des hospitalisations partielles, lors de crises, jumelées à une thérapie hebdomadaire d'orientation psychodynamique et d'un suivi mensuel avec un psychiatre. Elle a par la suite entrepris quelques thérapies de groupe et utilisé divers services communautaires. Dans notre suivi, nous avons établi un contrat visant à demander de l'aide en cas de crise et avons exploré les thèmes qui sont une priorité comme l'automutilation et les idéations suicidaires. L'interprétation du transfert et du contre-transfert a également permis de créer un lien de confiance avec Madame. Nous pouvons dire que dans son cas, l'hospitalisation partielle jumelée à une thérapie psychodynamique a donné de bons résultats en lui permettant de verbaliser plutôt que de passer à l'acte (Bateman & Fonagy, 1999, 2001). Il est possible de voir une précarité des liens d'attachement chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline qui se manifeste également comme une difficulté à former un lien de confiance en thérapie. Nous allons maintenant faire des liens entre l'automutilation et nos trois approches pour comprendre ce qui peut amener les personnes ayant un trouble de personnalité limite à commettre de tels gestes.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Cette discussion nous permettra de démontrer que le concept de self peut aider à mieux comprendre le symptôme de l'automutilation chez les personnes souffrant d'un trouble borderline. Nous allons, tout d'abord, parler de l'importance de la relation dans le développement du self, un des points communs de nos trois approches. Nous parlerons ensuite, des similitudes et des divergences observées lors du traitement de nos trois clientes. Nous terminerons en parlant des avantages procurés par une bonne compréhension du self dans le traitement du symptôme de l'automutilation chez les personnes ayant un trouble borderline dans le processus thérapeutique.

Dans nos trois approches, la relation entre la mère et l'enfant a une grande importance, car elle influence le développement du self en changeant l'investissement pulsionnel. Les trois auteurs croient en l'existence d'un stade indifférencié ou fusionnel entre la mère et l'enfant qui ne dure que quelques mois. Par la suite, l'enfant passe à un stade de différenciation avec l'objet. C'est par les contacts avec la mère lors des soins qu'il intègre ses propres limites en prenant conscience de son corps, par le rapport avec le corps de sa mère. Dans le développement normal au stade suivant, l'enfant atteint un niveau d'individuation qui lui permet d'avoir un self cohésif et d'avoir le sentiment de continuité de son existence. Par contre, les personnes ayant un trouble borderline ont de la difficulté à atteindre le stade de

l'individuation. Donc elles ont tendance à être dépendantes de l'objet, mais en étant conscientes d'être différentes de celui-ci. Les personnes borderline dépendent de l'autre pour sentir que leur self est cohésif, elles ressentent un grand vide lorsqu'elles sont seules et parfois même, le sentiment de perte de limites entre elles et l'objet. Leur self est en fait clivé entre les investissements libidinaux et agressifs. Selon nos trois théories, ce sont les affects négatifs qui prédominent chez elles, donc les investissements pulsionnels agressifs. Lorsque l'autre devient menaçant, la personne borderline utilisera des mécanismes de défense primaires pour reprendre le contrôle sur lui parce qu'elle n'a pas atteint le stade de l'individuation qui amène un fonctionnement en processus secondaires. En l'absence de l'autre, le self des personnes souffrant d'un trouble borderline reste fragmenté et l'automutilation peut devenir un moyen pour retrouver une certaine cohésion du self, en fournissant une excitation externe. Cette excitation permettra au système psychique de rétablir son économie en réintégrant les limites du self par l'investissement pulsionnel que procure ce comportement. Pour bien comprendre le trouble de personnalité borderline et le développement du self des personnes atteintes de ce trouble, nous croyons qu'il est important de définir les niveaux pulsionnel, relationnel et développemental. Cela favorise la compréhension des carences et des forces de la personne avec un trouble de personnalité borderline et dirige les interventions en clinique pour que cette dernière puisse redéfinir les limites de son self. L'expérience thérapeutique se déroulant dans un lien sûr, pourrait alors amener la personne avec un trouble de personnalité borderline à revivre des émotions par l'exploration d'expériences vécues et ainsi en arriver à réintégrer les parties de son self dans un concept de soi cohésif. Nous allons illustrer à l'aide de nos trois approches, comment l'automutilation chez les personnes souffrant d'un trouble borderline peut devenir un moyen de retrouver un self cohésif par la comparaison des études de cas présentées.

Pour commencer, nous allons comparer la gravité ou la sévérité des cas présentés à l'aide du niveau d'intégration ou de cohésion du self des patientes.

Madame R. est la patiente dont le trouble est le plus sévère. Sa grande difficulté à avoir un contrôle au niveau pulsionnel se démontre par des passages à l'acte et des colères fréquentes qui abaissent le niveau de tension ressenti, réorganisant l'économie du système psychique. Au niveau relationnel, Madame R. ressent beaucoup de dépendance face à l'objet et s'agrippe à celui-ci, ou l'évacue complètement en brisant le lien. Les limites du self de Madame R. semblent moins bien définies, elle a donc besoin de l'autre pour se définir ou elle a tendance à se définir de façon pathologique. Elle utilise son diagnostic de trouble de personnalité borderline, pour se déresponsabiliser face à ses comportements destructeurs. Le trouble de Madame T. semble moins sévère en comparaison de celui de Madame R., car Madame T. exerce maintenant, grâce à ses années de thérapie, un meilleur contrôle au niveau pulsionnel en étant capable de mentaliser au lieu de passer à l'acte. Ses relations sont encore empreintes de la dépendance à l'objet, mais il semble plus facile pour elle de pouvoir en parler. Le cas de Madame S. nous semble beaucoup moins sévère que les deux autres cas présentés et que ceux sur lesquels Kernberg a basé ses recherches. Nous croyons que Madame S., malgré ses gestes d'automutilation et ses tentatives de suicide, a une meilleure cohésion du self parce qu'elle a pu créer certains liens de confiance avec des amies ou avec sa tante par exemple. Même si les perceptions qu'elle a d'elle-même sont clivées, elle semble avoir moins besoin de l'objet pour se définir. Le fait qu'elle soit jeune, qu'elle ait un bon support familial, même si la relation avec sa mère n'est pas toujours simple, que son implication dans le processus thérapeutique relevait plus d'elle-même que de sources externes représentent, selon nous, des facteurs de protection qui démontrent que Madame S. a atteint un niveau de cohésion plus élevé que les deux autres patientes. Comme nous l'avons expliqué dans le contexte théorique, les personnes ayant un trouble limite de la personnalité fonctionnent au niveau des processus primaires, dans une dépendance anaclitique à l'objet ne laissant pas de place à la triade œdipienne (Bergeret, 2004). Cette dépendance face à l'objet est observable chez nos trois cas et se traduit souvent par des relations fusionnelles ou par l'évacuation de l'objet, qui est rejeté, pour ainsi

garder un certain contrôle. La crainte d'être dépendant du thérapeute s'est manifestée particulièrement chez Madame R. et Madame T., mais semblait moins présente chez Madame S. Ceci a également amené Madame R. à mettre fin à sa thérapie sans donner de détails sur les motifs de son abandon et en voulant rejeter toute forme d'aide pour s'en sortir seule. Elle avait probablement l'impression de garder un contrôle sur ce qu'elle vivait, mais n'a pas pu bénéficier de la fonction contenante du thérapeute qu'elle aurait pu avoir grâce à l'instauration d'un lien de confiance en thérapie. Il est possible de voir que pour chacune d'elles, l'abandon réel ou perçu les amenait à s'isoler et à s'automutiler pour diminuer la souffrance et l'anxiété reliées à la perte de l'objet ou au rejet ressenti. L'automutilation permettait d'avoir un contrôle sur ce qu'elles vivaient, voire même un sentiment d'omnipotence. Comme leurs perceptions d'elles-mêmes et de l'objet restaient clivées entre toutes bonnes et toutes mauvaises, l'automutilation les aidait à détruire une partie des perceptions toutes mauvaises en ayant le sentiment d'avoir un self plus cohésif. Concernant l'exploration des affects négatifs pouvant diminuer la dévalorisation chez les trois patientes, nous pouvons dire que cela a été difficile pour Madame R. qui craignait d'augmenter sa souffrance, par contre, cette exploration s'est entamée avec Madame S. et a grandement aidé Madame T. à ne plus avoir recours à l'automutilation. Nous pouvons constater que chez les trois clientes, l'impulsivité était un facteur les amenant à commettre des gestes automutilant, allant même jusqu'à la tentative de suicide. Comme l'automutilation leur semblait moins extrême que le suicide, nous avons remarqué que les trois clientes tentaient de l'éviter par des comportements d'automutilation, qu'elles considéraient comme quelque chose de plus acceptable. Madame T. avait des idéations suicidaires nombreuses depuis qu'elle ne s'automutilait plus. Cependant, elle avait tendance à regretter cette forme de contrôle ou de soulagement, mais en raison de ses années de traitement, elle comprenait que refaire ces gestes serait une régression et préférait alors en discuter plutôt que de passer à l'acte afin de ne pas anéantir le progrès réalisé jusqu'à maintenant. L'expérience de l'hospitalisation a été vécue différemment chez les clientes, Madame

T. était plutôt rassurée par le fait d'être hospitalisée tandis que Madame R. et Madame S. trouvaient l'hospitalisation négative. Pour Madame T., le fait d'être hospitalisée lui démontrait une certaine prise en charge et lui donnait un répit. Madame R., quant à elle, se plaignait de ne pas avoir reçu les soins appropriés et de ne pas avoir pris connaissance de son diagnostic. Ceci la rendait méfiante envers les médecins et les psychiatres, car elle ne pouvait leur faire confiance en ayant l'impression qu'ils voulaient lui cacher des détails importants sur son traitement. Madame S., elle, ne s'est pas sentie comprise et, en raison de sa peur du jugement des autres, elle pensait que les membres du personnel semblaient avoir des sentiments négatifs à son égard. L'hospitalisation partielle peut donc avoir des effets différents dépendamment de la cliente, mais nous croyons qu'elle peut être nécessaire même si certaines fois elle est perçue de façon négative. Nous croyons qu'il est d'ailleurs important d'en parler avec les patients qui s'automutilent pour comprendre ce qui les amène à vivre cette expérience négativement. Avec nos trois clientes, nous avons utilisé une approche psychanalytique en thérapie et nous croyons qu'elle peut apporter de bons résultats à moyen et à long terme. Nous aurions beaucoup aimé travailler plus longtemps avec ces trois clientes, mais le fait d'être stagiaire imposait une limite de séances dès le début. Même s'il a été parfois difficile de maintenir le cadre thérapeutique, nous croyons qu'il doit être bien défini dès le début et nous avons eu ainsi recours à l'instauration d'un contrat avec certaines d'entre elles pour éviter les passages à l'acte. Cette expérience a été grandement enrichissante pour nous et le fait d'étudier le self nous a aidé à mieux gérer ce qui se passait dans la relation et à être plus empathique lors des passages à l'acte. Nous allons maintenant expliquer pourquoi nous pensons que le concept de self peut aider à la compréhension et au traitement des personnes qui s'automutilent et qui ont un trouble de personnalité borderline en exposant nos réflexions cliniques suite aux suivis effectués avec celles-ci.

Lors de suivis avec des personnes ayant un trouble de personnalité borderline, nous avons observé qu'elles ont de la difficulté à se définir en tant que personne et ne semblent pas bien se connaître. Elles ont souvent l'impression de ne pas habiter leur corps causant un sentiment de vide et parfois même la sensation d'être plus mortes que vivantes. Les émotions, qui sont la plupart du temps négatives, sont souvent vécues de façon physique, comme si elles hantaient leur corps et déclenchaient des réactions comme des tremblements, des spasmes, des raideurs, etc. ou des douleurs comme des difficultés respiratoires, des maux de tête, des nausées, etc. Ce genre de réactions physiques peut être déclenché par des images mentales qui surgissent, reliées aux traumatismes et que la personne borderline a de la difficulté à mentaliser. Certains patients se plaignent souvent d'avoir des changements d'affects soudains qui sont provoqués par des images mentales sur lesquelles ils n'ont pas de contrôle et qu'ils ne peuvent pas toujours associer à une expérience vécue particulière. Par contre, l'émotion associée à cette expérience est revécue, mais les patients n'arrivent pas à en identifier la provenance et à associer cette émotion à l'expérience comme telle vécue, parce qu'ils ont seulement accès à des fragments de cette expérience. Comme les émotions reliées sont la plupart du temps négatives, les patients se sentent souvent submergés par celles-ci et semblent parfois vouloir les évacuer plutôt que de revivre le trauma associé. L'automutilation, par exemple, viendrait diminuer la tension ressentie causée par l'intensité des émotions. Comme les limites du self n'apparaissent pas de façon claire chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline, elles se questionnent beaucoup sur leurs souffrances et leur état. Elles font souvent des recherches pour comprendre ce qui leur arrive et l'étiquette de trouble de personnalité borderline est rassurante, au départ, mais les soins ne leur semblent jamais assez rapides. Pour travailler avec les personnes souffrant de ce trouble, nous croyons qu'il est important de ne pas être déstabilisé et d'avoir un vif intérêt pour les personnes qui sont en constants changements, pouvant même surprendre grandement le thérapeute et être prêt à voir l'individu dans son individualité et dans sa totalité. Réduire le patient à son diagnostic ou à ses comportements serait, selon nous, une

erreur, car pour que l'expérience en thérapie soit différente, le thérapeute devrait voir le patient comme un être humain avec des manques et des ressources et toujours regarder la partie saine du patient pour s'en servir à titre de levier. C'est tout d'abord la crainte de ne pas avoir les réponses aux questions des patients, quant à la durée de traitement et au temps nécessaire pour que leur souffrance diminue, qui a motivé cette recherche en nous assurant d'acquérir une compréhension de base pour aider ces derniers. La thérapie avec les personnes qui ont un trouble de personnalité borderline est toujours un processus difficile et complexe qui est souvent interrompu à cause des souffrances abordées. Il ne faut pas voir l'automutilation et le diagnostic, par exemple celui de trouble de la personnalité borderline, comme seules étiquettes possibles, mais voir l'individu comme un tout.

Pour ce faire, il est donc primordial, selon nous, de bien comprendre les niveaux pulsionnel, relationnel et développemental du self. Nous croyons que nos trois approches théoriques, qui ont un concept de self ou de soi bien défini, nous permettent de mieux comprendre comment l'automutilation peut être un moyen d'atteindre momentanément un état cohésif du self chez les personnes ayant un trouble de personnalité borderline. Cette compréhension du développement du self chez les personnes ayant un trouble borderline permet d'identifier les situations, telles que l'abandon perçu ou réel, le rejet, l'isolement, etc. pouvant amener ces dernières à s'automutiler en raison des affects négatifs très intenses qui leurs sont reliées. Le concept de self permet d'observer également à quel niveau de développement la personne borderline se situe et comment elle peut se percevoir seule ou en étant en relation avec les autres. En prenant connaissance du niveau de développement du self chez les personnes souffrant d'un trouble borderline, il est plus facile d'identifier quel genre de dynamique pourra s'installer dans la relation thérapeutique et de mieux prévoir et gérer les situations de crises, comme l'automutilation. Nous croyons que les patients ayant un trouble de personnalité borderline forcent les thérapeutes à être créatifs, mais surtout à être authentiques, à voir ses propres limites en tant

qu'intervenant et d'avoir des objectifs réalistes. Les personnes avec un trouble de la personnalité borderline sont souvent proactives dans les sites Web, dans les thérapies de groupe et individuelles, mais la plupart du temps de façon superficielle. Le thérapeute devrait miser alors sur les ressources du patient, sur ses efforts ou sur son implication dans le processus thérapeutique et non seulement sur la réussite à court terme des objectifs. Selon nous, avec ce genre de clientèle, le thérapeute devrait être prêt à expliquer au patient les progrès minimes de la thérapie et doit donc avoir la capacité d'analyser rapidement la situation. Mais cette capacité d'analyse demande beaucoup de réflexion de la part du thérapeute suite aux premières rencontres avec le patient. Il doit accepter de voir l'autre tel qu'il est dans sa souffrance et doit l'accompagner dans ce qu'il veut aborder. Parce que la vie des patients ayant un trouble de personnalité borderline est très mouvementée, le thérapeute doit mettre souvent de côté les pistes d'exploration choisies pour saisir celles disponibles, ici et maintenant. Il faut toujours que le thérapeute essaie de comprendre où sont rendues les personnes ayant un trouble de personnalité borderline et essayer de les suivre, car elles ont plusieurs problèmes simultanément (abus de substances ou d'alcool, abus physiques ou sexuels, exposition à des situations à risque, etc.) qui complique le traitement. Chez nos trois patientes, les problèmes d'abus d'alcool et de substances, les troubles alimentaires ainsi que la propension à se mettre dans des situations à risque, ont été également des points centraux de l'exploration pour mieux comprendre ce qu'elles peuvent vivre. En début de traitement, il semble parfois difficile pour un thérapeute inexpérimenté de suivre le rythme de ces patients, car ils peuvent aborder des sujets préoccupants différents d'une séance à l'autre et même au cours d'une seule séance.

Par contre, l'un des grands problèmes pour les personnes ayant un trouble de personnalité borderline c'est d'être acceptées comme elles sont, car le rejet peut entraîner chez certaines d'entre elles des comportements d'automutilation. Nous croyons que l'instauration d'un lien de confiance doit être à la base de la thérapie

parce que la personne avec un trouble de personnalité borderline a souvent la crainte que le thérapeute ne veuille pas l'aider, plus que la crainte qu'on ne puisse pas l'aider. Généralement, les patients ayant un trouble borderline ressentent un apaisement quand la relation commence, par la suite, elles craignent le rejet et l'abandon, car leur self reste clivé et l'identification projective devient alors un mécanisme de défense qui se présente de façon massive en thérapie. Le thérapeute se verra souvent aux prises avec la projection de l'objet menaçant ou du mauvais objet, peut induire certaines émotions négatives chez lui réactivées par l'identification projective du patient. Si ces émotions négatives ne sont pas travaillées par le thérapeute, la fonction contenante de celui-ci en sera grandement affectée. Comme nous, les thérapeutes inexpérimentés peuvent avoir certaines craintes sur leur capacité de contenance et sur leur capacité à entendre la souffrance sans l'expérience face à des situations de crise. Il est donc important, selon nous, d'être réaliste et honnête avec le patient en lui disant que les épisodes d'automutilation ne vont pas disparaître en quelques rencontres, mais au cours d'un processus. Le patient doit aussi savoir que nous allons pour commencer, essayer de comprendre les crises et les comportements d'automutilation pour ensuite arriver à les espacer et à les éteindre en trouvant d'autres moyens de canaliser cette anxiété et cette violence par l'exploration des émotions liées à ces moments. Certains patients avec un trouble de personnalité borderline ont une crainte face à l'exploration des émotions négatives et face à la capacité du thérapeute inexpérimenté à l'accompagner dans cette exploration, donc ils ont tendance à aborder les émotions négatives de façon superficielle. Les personnes ayant un trouble de personnalité borderline peuvent réussir à déstabiliser le thérapeute en lui faisant ressentir de l'incompétence et de l'impuissance en l'attaquant sur l'efficacité du traitement. Par contre, ces patients veulent souvent parler de leurs difficultés à changer et exprimer l'impatience qu'ils ont face à la diminution de leur souffrance. Mais comment le thérapeute peut faire dans ces conditions pour ne pas se sentir évacué lors des crises d'automutilation et être capable de reprendre la relation avec le patient ?

Le thérapeute doit pouvoir ventiler ses émotions négatives réactivées par les identifications projectives du patient et celles ressenties lors des passages à l'acte par la participation à des supervisions cliniques permettant à celui-ci de mieux les gérer et de rester empathique envers la personne borderline qui s'automutile. La supervision nous semble très importante lors des premières expériences avec les personnes ayant un trouble de personnalité borderline pour comprendre les enjeux relationnels. Pour faciliter le traitement et éviter les impasses relationnelles avec les personnes ayant un trouble borderline qui s'automutilent, l'analyse du transfert et du contre-transfert est essentielle. Cette analyse donne une meilleure connaissance du niveau de développement du self du patient, de sa capacité de mentalisation et permet au thérapeute d'avoir une écoute plus empathique et de diminuer ses affects négatifs reliés aux comportements d'automutilation, par exemple. Le thérapeute peut aussi vivre des affects négatifs quand le cadre n'est pas respecté par ces patients qui font des demandes incessantes de modification du cadre selon leurs besoins. Par exemple, elles peuvent demander d'avoir plus d'un rendez-vous par semaine quand elles sentent une dépendance face au thérapeute, elles s'agrippent et elles ont besoin de support. Elles peuvent aussi annuler des rencontres ou le suivi dans le but de reprendre le contrôle sur le thérapeute, vu ici comme menaçant. Elles ont aussi tendance, quand elles vont bien à ne pas vouloir se présenter à la séance par crainte de voir leur état changé en abordant des thèmes plus difficiles. Pour éviter cela, nous pouvons aborder avec elles le fait qu'elles vont bien à ce moment et essayer de comprendre ce qui les rend heureuses pour que cet état puisse perdurer. Lorsque le patient joue avec le cadre, il nous semble toujours primordial de parler du processus et d'écouter la demande. Car même si nous ne pouvons pas toujours y répondre comme le patient le souhaite, il est important de comprendre ce qui se cache sous la demande parce que les besoins qui y sont rattachés sont souvent en lien avec la dépendance face au thérapeute ou à l'exercice d'un contrôle pour contrer cette dépendance. Dans ce contexte, l'interprétation et la confrontation sont des

interventions utiles pour aider le patient à mieux comprendre les enjeux de la relation thérapeutique. Mais la grande difficulté avec les personnes ayant un trouble de personnalité borderline est d'arriver à faire toutes les rencontres planifiées, car celles-ci annulent souvent les rencontres, ce qui pourrait augmenter le stress du thérapeute ou du stagiaire qui ont la plupart du temps un nombre d'heures minimales de contact à faire avec chacun des patients. Le stress causé par les annulations est d'autant plus grand en stage, en raison des présentations de cas à préparer pour les supervisions. Par contre, ces supervisions aident à mieux comprendre les enjeux relationnels et à faire ventiler le thérapeute. La réalité si les patients manquent trop de séances, vise l'arrêt du traitement, car il doit y avoir une continuité pour qu'un lien de confiance s'établisse et que des changements s'opèrent.

Le fait de mieux connaître comment le symptôme de l'automutilation se manifeste chez les personnes souffrant d'un trouble borderline permet une meilleure exploration de ce phénomène en thérapie, car les sentiments d'impuissance du thérapeute face à ce type de comportements diminueront. Il pourra ainsi mieux exercer sa fonction contenante. En comprenant à quel niveau du self le patient se situe, le thérapeute pourra se mettre à son niveau en utilisant des interventions qui tiennent compte de son niveau de développement, en lui illustrant ses comportements par des métaphores et des images. Nous croyons également qu'il est important de s'assurer qu'ils ont des solutions de rechange à l'automutilation, des personnes pour les soutenir et que la communication avec les autres intervenants (ex. psychiatres, infirmières, médecins, etc.) qui s'occupent de ce dernier permet d'ajuster les interventions vers des objectifs communs, mais doit être faite avec l'autorisation des patients. Dans ce contexte, la personne borderline pourra verbaliser davantage sur son état émotif au moment où elles posent ses gestes d'automutilation et se sentira acceptée malgré ses comportements inadéquats, ceci favorisera également l'instauration d'un lien de confiance qui est à la base du travail thérapeutique. Quand la personne borderline sent qu'elle est acceptée par le thérapeute malgré ses gestes

d'automutilation, la crainte de l'abandon et la crainte du rejet, souvent déclencheurs de ce type de gestes, diminuent et entraînent souvent une baisse de la fréquence des comportements d'automutilation. Le fait d'explorer les gestes d'automutilation en thérapie aide à mieux évaluer le risque suicidaire en comprenant comment ces gestes peuvent avoir des conséquences mortelles, même si au départ l'intention de se donner la mort n'était pas présente chez la personne. Nous croyons qu'il ne faut pas voir l'automutilation comme un échec de la thérapie, mais comme un essai du patient pour retrouver ses limites. Si le symptôme de l'automutilation est présent depuis longtemps il ne disparaîtra pas tout de suite parce qu'il apporte un soulagement, mais finira par disparaître à l'aide du processus relationnel. Si le patient est poussé trop vite à mettre fin à ce comportement sans avoir pu en mentaliser les causes, nous croyons qu'il pourrait alors utiliser le suicide pour diminuer la tension. Il semble donc nécessaire de bien explorer les comportements d'automutilation, car ils peuvent amener la personne borderline à commettre par la suite, des tentatives de suicide.

CONCLUSION

Nous avons remarqué dans notre pratique clinique que l'expression de la souffrance peut varier grandement d'un individu à l'autre et certaines personnes iront même jusqu'à s'en prendre à leur propre corps pour diminuer la détresse psychique ressentie. L'automutilation peut sembler être un symptôme étrange lorsque nous n'avons pas de connaissances théoriques pour l'expliquer ou le démystifier. Ce comportement inadéquat et socialement inadmissible répondrait au besoin de diminuer l'excitation psychique intense qui est vécue sous forme d'anxiété. Celle-ci pourrait être causée, entre autres, par un abandon réel ou perçu, par la perte de contrôle, par la validation de la souffrance interne par des preuves visibles de celle-ci ou par la restauration des limites du self lors de la perception d'une menace pour l'identité et/ou pour l'intégrité de l'individu. L'automutilation apparaîtrait souvent dans un contexte de dépendance face à l'objet. La personne manifesterait cette violence sur son propre corps dans le but de reprendre le contrôle sur l'objet. Puisqu'elle ne peut contrôler l'intensité de l'excitation par des processus de liaison ou de mentalisation qui rétabliraient l'équilibre du système psychique, la violence devient donc un moyen d'y parvenir. Cette violence permettrait de contrôler l'objet qui est peu différencié en raison des conflits archaïques non résolus de la dyade mère/enfant. Dans ce cas, il n'y a pas de culpabilité œdipienne, car la relation est dyadique et ne permet pas l'entrée dans un mode de relation triangulaire nécessaire à la résolution des conflits œdipiens. Les personnes ayant un trouble de personnalité borderline sont sujettes à avoir des comportements d'automutilation parce que leur niveau de développement du self ou du Moi a subi un arrêt du développement. Elles sont restées dans un stade de différenciation sans atteindre un stade permettant

l'individuation et l'autonomie. Le self, prenant alors naissance à partir des investissements pulsionnels et des investissements relationnels, permet lorsqu'il est cohésif, de réguler les affects. Nous voulions démontrer dans cet exposé, que le symptôme de l'automutilation chez les personnes souffrant d'un trouble borderline est un moyen de retrouver une certaine cohésion du self. Le fait de connaître le niveau de développement du self de la personne borderline, permet non seulement d'identifier ses capacités à mentaliser, mais aussi d'identifier les mécanismes de défense tels le clivage, l'identification projective, l'omnipotence, etc. Ces capacités et ces mécanismes influenceront la relation thérapeutique à travers les manifestations transférentielles et contre-transférentielles. Cela explique également comment les sentiments de vide, d'abandon, de rejet, de colère, etc. peuvent faire surface et inciter la personne borderline à s'isoler et à s'automutiler. En ayant une bonne connaissance du développement du self et de l'automutilation, le thérapeute pourra mieux identifier les situations pouvant mener à une crise et aider le patient à verbaliser sur ses émois internes plutôt que de passer à l'acte.

Par contre, il nous semble primordial de considérer la personne de façon globale, d'après les niveaux pulsionnel, relationnel et développemental de son self, plutôt qu'à partir de son diagnostic ou de ses comportements seulement. Ceci nous amènera à une meilleure compréhension de la personne dans sa totalité et dans son individualité permettant également de dégager les forces et les faiblesses de celle-ci. Pour ce faire, nous avons présenté trois approches ayant un concept de self bien défini. L'utilisation du Moi-peau d'Anzieu (1995) a permis d'expliquer le niveau pulsionnel du self en démontrant que les échanges avec la mère peuvent être vécus de façon traumatique si l'instauration d'une peau commune entre la mère et l'enfant contrôlant l'excitation externe à la manière d'un pare-excitation, n'a pu être créée. Le Moi-peau permet de contrôler l'investissement pulsionnel en étant une forme de barrière limitant l'investissement provenant des échanges avec la mère et l'environnement. Le Moi-peau est aussi une forme de contenant permettant à l'enfant

de se représenter en tant qu'organisme différent de l'objet et capable de se représenter dans le monde par ses pensées et ses actions. Les personnes souffrant d'un trouble borderline ont un Moi-peau torsadé et les limites entre ce qui vient de l'intérieur et de l'extérieur sont floues, l'automutilation viendrait alors rétablir l'équilibre du système psychique par une hyperstimulation de la peau et restaurerait ainsi les limites. Nous voyons également la tendance à l'isolement comme une tentative pour rééquilibrer l'économie du système psychique par une diminution de l'excitation externe. Les objets peuvent représenter une menace lorsque l'individu n'a pas atteint un niveau de développement permettant la cohésion du self. Il a des représentations clivées en toutes bonnes et toutes mauvaises de lui-même et de l'objet, comme nous l'avons illustré à l'aide des travaux de Kernberg et al. (1975, 1989, 1995, 1999, 2006). La théorie de Fonagy et al. (2004), quant à elle, expliquerait les capacités de mentalisation par le niveau de développement du self. Ainsi, la mère favoriserait les capacités de mentalisation et le développement de l'autorégulation de l'enfant en lui reflétant son émotion de façon marquée pour que l'enfant puisse se l'attribuer, l'encoder et avoir une représentation de sa propre émotion et des conséquences associées à celle-ci. Malgré l'utilisation d'approches différentes, nos trois théories expliquent le niveau de développement et de cohésion du self en accordant une importance particulière aux relations d'objet précoces. Nous croyons qu'une approche théorique tenant compte du développement du self est très utile dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble borderline qui s'automutilent. Elle permet d'adapter le traitement selon le niveau de développement du self et selon les capacités de mentalisation de la personne. Cela aide également le thérapeute à mieux identifier ce qui se joue dans la relation thérapeutique et de pouvoir ainsi interpréter le transfert et le contre-transfert. Nous croyons qu'il est important pour le thérapeute de recevoir de la supervision clinique lors du traitement de personnes borderline s'automutilant fréquemment, car le contre-transfert activé dans la relation thérapeutique peut amener des impasses dans le traitement. Par contre, si le thérapeute dans le cadre de supervisions cliniques, peut parler de son contre-transfert,

il pourra mieux gérer ses émotions négatives face aux gestes d'automutilation de son patient lui permettant, de ce fait, d'être plus disponible pour l'écoute et donc d'être plus empathique. Au cours de la rédaction de cet exposé, nous avons rencontré quelques patientes ayant un trouble borderline qui s'automutilaient. L'intégration des acquis théoriques sur ce symptôme en lien avec le développement du self, nous a permis d'avoir une meilleure compréhension des enjeux pulsionnels, relationnels et développementaux et de confirmer que l'acquisition de connaissances théoriques sur l'automutilation peut permettre au thérapeute inexpérimenté de diminuer sa crainte face à sa capacité de contenir la souffrance de tels patients.

Comme la majorité des recherches concernant l'automutilation sont réalisées à partir de populations cliniques, il semble difficile d'évaluer la prévalence dans la population, en général, car les personnes qui s'automutilent n'ont pas tendance à chercher de l'aide lors des crises. Nous croyons que l'Internet pourrait être un outil pratique pour étudier les comportements d'automutilation. Comme le Web constitue un moyen facile et rapide pour obtenir des informations variées et qu'il est disponible pour une très grande partie de la population, il permettrait peut-être de rejoindre les personnes qui s'automutilent plus facilement pour leur demander de participer à des recherches cliniques ou à des forums d'aide. Toutefois, les devis de recherches devront tenir compte du fait que les participants sont virtuels et devront permettre de vérifier si les réponses recueillies sont véridiques et représentent bien ce que la personne peut vivre dans de tels moments. Puisque le Web ne fournit que des relations virtuelles, il est fondamental de s'interroger sur la capacité réelle de ce médium à procurer une aide significative. Car nous croyons qu'il est important que la personne qui s'automutile puisse verbaliser ses émotions négatives dans un contexte relationnel sécurisant et permettant de contenir celles-ci par l'expérience du lien thérapeutique. Nous nous questionnons aussi sur le fait que le Web puisse être un moyen de s'isoler permettant seulement à l'utilisateur, d'avoir des contacts virtuels et non de vrais échanges relationnels et sur le fait que cet isolement puisse augmenter

les comportements d'automutilation. Il semblerait également que des sites comme Facebook permettent l'échange de photos et de commentaires sur l'automutilation. De plus, nous croyons que cela pourrait influencer certains jeunes à commettre un premier geste d'automutilation ou les inciterait à croire que ce comportement est acceptable parce qu'ils peuvent s'identifier à d'autres jeunes qui s'automutilent. Dans cette perspective, il serait important que de nouvelles recherches puissent évaluer les effets de ces sites sur les comportements d'automutilation chez les jeunes. Une nouvelle avenue de recherches axée sur l'évaluation de ce type de sites Web permettrait probablement de mieux évaluer la prévalence de l'automutilation dans la population en général. Elle amènerait à une meilleure compréhension de ce comportement destructeur se manifestant chez les jeunes pour pouvoir en faire ainsi une prévention efficace.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, J., Rodham, K., et Gavin, J. 2005. «Investigating the “Self” in deliberate Self-Harm», *Qualitative Health Research*, vol.15, no.10, p. 1293-1309.
- American Psychiatric Association. 1994. *DSM-IV : Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, 4^e éd. Paris : Masson, 1008 p.
- Anzieu, D. 1995. *Le Moi-peau*. Paris : Éditions Dunod, 291 p.
- Bateman, A., et Fonagy, P. 1999. «Effectiveness of partial hospitalization in treatment of Borderline personality disorder: a randomized controlled trial», *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, p. 1563-1569.
- Bateman, A., et Fonagy, P. 2001. «Treatment of borderline personality disorder with Psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up», *American Journal of Psychiatry*, vol.158, p. 36-42.
- Bergeret, J. 2000. *La violence fondamentale*. Paris: Dunod, 251 p.
- Bergeret, J. 2004. *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Paris: Masson, p. 362
- Berlin, H.A., Rolls, E.T., et Iversen, S.D. 2005. «Borderline Personalitty Disorder, Impulsivity, and the Orbitofrontal Cortex», *American Journal Of Psychiatry*, vol. 162, p. 2360-2373.
- Blatt, S.J., et Zuroff, D.C. 1992. «Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression», *Clinical Psychology Review*, vol.12, p. 527-562.
- Broadhurst, M., et Gill, P. 2007. «Repeated self-injury from a liaison psychiatry Perspective», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.13, p. 228-235.
- Brunet, L., et Casoni, D. 1998. «Passage à l'acte et impasses en psychothérapie : de l'utilisation de l'objet par la fonction contenant». In *Les passages à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques*. Millaud, F., p. 198-216 Paris : Masson.
- Chabert, C. 1996. *Didier Anzieu*. Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.

- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., et Drahorad, C. 2004. «Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs», *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, p. 1463-1470.
- Comtois, K.A. 2002. «A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide». *PSYCHIATRIC SERVICES*, vol.53, no.9, p. 1138-1144.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M. Guthrie, E. Mackway-Jones, K., et Appleby, L. 2005. « Suicide After Deliberate Self-Harm : A 4-Year Cohort Study», *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, p. 297-303.
- Durieux, M-C. 2003. *Otto Kernberg*. Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.
- Ekman, P. 1993. « Facial Expression and Emotion», *American Psychologist*, vol.48, no.4, p. 384-392.
- Fagin, L. 2004. «Management of personality disorders in acute in-patient setting. Part1 : Borderline personality disorders», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.10, p.93-98.
- Fagin, L. 2006. «Repeated self-injury: perspectives from general psychiatry», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.12, p. 193-201.
- Favazza, A.R., et Favazza, B. 1987. *Bodies under siege self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore : John Hopkins University Press, 270 p.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., et Target, M. 2004. *Affect Regulation, Mentalization, and the development of the Self*. New York : Other Press, p. 577.
- Freud, S. 1905. La sexualité infantile. In, *Trois essais sur la théorie sexuelle*. 1987. p. 91-141. Paris : Gallimard.
- Freud, S. 1920. Au-delà du principe de plaisir. In, *Essais de psychanalyse*. 1981. p. 41-117. Paris: Payot.
- Freud, S. 1923. Le Moi et le Ça. In, *Essais de psychanalyse*. 1981. p. 219-274. Paris: Payot.
- Freud, S. 1933. *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris, Gallimard. 1984, 263 p.
- Gabbard, G.O. 2000. «Psychotherapy of personality disorders», *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 9, p. 1-6.
- Gunderson, J.G., et Ridolfi, M.E. 2001. «Suicidality and Self-Mutilation», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol.932, p. 61-77.

- Harris, J. 2000. «Self-Harm: cutting the bad out of me», *Qualitative Health Research*, vol.10, no.2, p. 164-173.
- Jeammet, P. 1997. «La violence comme réponse à une menace sur l'identité», *Filigrane*, vol.6, no.1, p. 11-20.
- Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., et Yeomans, F.E. 2006. *Psychotherapy for Borderline Personality : Focusing on Object Relations*. Washington : American Psychiatric Publishing Inc., 397 p.
- Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., et Yeomans, F.E. 1999. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York : John Wiley and sons, 390 p.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., et Koenigsberg, H.W. 1995. *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : PUF, 185 p.
- Kernberg, O.F. 1989. *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France, 528 p.
- Kernberg, O.F. 1975. Narcissisme normal et narcissisme pathologique, in *Narcisses*, Coll. sous la direction de J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 2000, 522 p.
- Klein, M. 1937. L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation. In *L'amour et la haine*. 2001. p. 83-163. Paris, Payot et Rivages.
- Klonsky, D.E., Oltmanns, T.F., et Turkheimer, E. 2003. «Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates», *American Journal of Psychiatry*, vol.160, no.8, p. 1501-1508.
- Koenigsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A.S., Goodman, M., Silverman, J.M., Serby, M., Schopick, F., et Siever, L.J. 2002. «Characterizing Affective Instability in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, p. 784-788.
- Lehmann, J.-P. 2003. *La clinique analytique de Winnicott : de la position dépressive aux états-limites*. Paris : Éditions Erès, 298 p.
- Matthews, W. & Wallis, D.N. 2002. «Patterns of self-inflicted injury», *Trauma*, vol. 4, p. 17-20.
- Millaud, F. 1998. *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson, 196 p.

- Morelle, C. 1995. *Le corps blessé automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris : Éditions Masson, 182 p.
- Nixon, M.K., Cloutier, P. et Jansson, S. 2008. «Nonsuicidal self-harm in youth : a population-based survey», *CMAJ*, vol.178, no.3, p. 306-312.
- Oldham, J.M. 2006. «Borderline personality disorder and suicidality», *American Journal of Psychiatry*, vol.160, p. 20-26.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Morey, L.S., Bender, D.S., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Stout, R.L., Zanarini, M.C., et McGlashan, T.H. 2002. «Confirmatory Factor Analysis of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study», *American Journal of Psychiatry*, vol.159, p. 284-290.
- Scharbach, H. 1986. *Automutilations et auto-offenses*. Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V., et Mann, J.J. 2001. «Are suicide attempters who self-mutilate a unique population ?», *American Journal of Psychiatry*, vol.158, p.427-432.
- Stern, D.N. 1998. *Motherhood constellation : a unified view of parent-infant psychotherapy*. London : Karnac Books, 229 p.
- Suyemoto, K. L. 1998. «The functions of self-mutilation», *Clinical Psychology Review*, vol. 18, no.5, p. 531-554.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A.J., Stijnen, T., et Van Den Brink, W. 2003. «Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder», *British Journal of Psychiatry*, vol. 182, p. 135-140.
- Walsh, B.W., et Rosen, P.M. 1988. *Self-mutilation theory, research, end treatment*. New York : Guilford Press. 273 p.
- Welch, S.S. 2001. «A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population», *Psychiatric Services*, vol. 52, no.3, p. 368-375.
- Whitlock, J., et Knox, K.L. 2007. «The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population», *ARCH PEDIATR ADOLESC MED*, vol.161, no.7, p. 634-640.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., et Silverman D. 2006. «Self-injurious Behaviors in a College Population», *PEDIATRICS*, vol. 117, no.6, p. 1939-1948.

- Wilkinson-Ryan, T., et Westen, D. 2000. «Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation», *American Journal of Psychiatry*, vol.157, p. 528-541.
- Winnicott, D.W. 1964. Le concept de faux soi. In *Conversations ordinaires*. 1988. p. 93-101. Paris : Gallimard.
- Winnicott, D.W. 1967. Le concept d'individu sain. In *Conversations ordinaire*. 1988. p. 27-54. Paris : Gallimard.
- Winnicott, D.W. 1968. Les enfants et l'apprentissage. In *Conversations ordinaires*. 1988. p. 204-216. Paris : Gallimard.
- Winnicott, D.W. 1975. *Jeu et réalité*. Paris : Éditions Gallimard, 276 p.
- Winnicott, D.W. 2004. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 143 p.
- Winston, A.P. 2000. «Recent developments in borderline personality disorder», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, p. 211-218.
- Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., et Morey, L.C. 2004. «Borderline Personality Criteria Associatef With Prospectively Observed Suicidal Behavior», *American Journal of Psychiatry*, vol.161, p. 1296-1298.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., et Silk, K.R. 2003. «The longitudinal Course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder», *American Journal of Psychiatry*, vol.160, p. 274-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., et McSweeney, L.B. 2007. «The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder : A 10-Year Follow-Up Study», *American Journal of Psychiatry*, vol.164, p. 929-935.