

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MARIE-EVE PAQUET BLOUIN

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE ET LA PERTE DE LIMITES DU MOI DES  
INDIVIDUS BORDERLINES PRÉSENTANT OU NON DES COMPORTEMENTS  
PARASUICIDAIRES

NOVEMBRE 2002

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Le trouble de personnalité borderline, selon le DSM-IV (1996), se définit comme étant un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, des affects et de l'image de soi. Celui-ci est associé aux tendances suicidaires chroniques et aux comportements d'autodestruction (Waltz, 1994). La sévérité de la psychopathologie limite est déterminée, entre autres, par la présence de mécanismes de défense archaïques centrés autour du clivage et par la faiblesse du Moi qui se manifeste par la propension aux passages à l'acte suicidaire (Kernberg, 1989). Malgré un bon contact avec la réalité, les individus limites présentent un envahissement par les processus primaires qui affaiblissent leurs frontières du Moi. L'objectif de cette étude est de comparer deux groupes d'individus borderlines déterminés par la présence (n=16) ou l'absence (n=19) de comportements parasuicidaires (tentatives de suicide ou automutilations) quant aux mécanismes de défense et de la perte de limites du Moi. Les participants (N=35) présentent tous le diagnostic d'un trouble de personnalité borderline vérifié par le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-II). Le Rorschach est utilisé, d'une part, à partir de l'application de la grille de Lerner et Lerner (1980) ; *Lerner Defense Scale* (LDS) qui évalue les mécanismes de défense. D'autre part, la perte de limites du Moi est mesurée par les indices des troubles de la pensée tels que le FABCOM et le CONTAM au Rorschach.

Les résultats révèlent que les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires manifestent plus fréquemment le mécanisme de dévalorisation (niveau 2). Les individus borderlines sans comportement parasuicidaire présentent davantage d'intellectualisation, de minimisation et de dévalorisation (niveau 3). Cependant, les résultats ne présentent aucune différence significative quant aux variables de la perte de limites du Moi (FABCOM et CONTAM) et aux autres mécanismes de défense. Les résultats confirment la présence de sous-groupes à l'intérieur du trouble de personnalité borderline en ce qui a trait aux passages à l'acte parasuicidaire et à la présence de mécanismes de défense se situant sur un continuum en fonction de la sévérité de la pathologie. L'étude du profil intrapsychique et des caractéristiques cliniques des individus borderlines s'avère importante, particulièrement lorsqu'il y a une présence de comportements parasuicidaires.

## Table des matières

<b>Sommaire.....</b>	<b>ii</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>vi</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>vii</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique.....</b>	<b>4</b>
Trouble de personnalité borderline.....	5
<i>Perspective descriptive.....</i>	<i>5</i>
<i>Perspective psychanalytique.....</i>	<i>8</i>
Passage à l'acte : Comportements parasuicidaires.....	16
Perte de limites du Moi.....	22
Évaluation du fonctionnement intrapsychique.....	26
<i>Troubles de pensée.....</i>	<i>26</i>
<i>Mécanismes de défense.....</i>	<i>27</i>
Hypothèses.....	33
<b>Méthode.....</b>	<b>35</b>
Participants.....	36
Instruments de mesure.....	41

<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)</i> .....	41
<i>Rorschach</i> .....	42
<i>Questionnaire sur les passages à l'acte parasuicidaire</i> .....	43
Déroulement.....	44
Analyses statistiques.....	45
<b>Résultats</b> .....	<b>46</b>
Analyse des données.....	47
Présentation des résultats.....	48
<i>Mécanismes de défense</i> .....	48
<i>Perte de limites du Moi</i> .....	54
<b>Discussion</b> .....	<b>55</b>
Interprétation des résultats.....	56
<i>Mécanismes de défense: échelon inférieur</i> .....	56
<i>Perte de limites du Moi et troubles de pensée au Rorschach</i> .....	60
<i>Mécanismes de défense: échelon supérieur</i> .....	62
Forces et limites.....	63
Réflexion critique.....	65
<b>Conclusion</b> .....	<b>68</b>
<b>Références</b> .....	<b>70</b>
<b>Appendices</b> .....	<b>78</b>
Appendice A : Mécanismes de défense .....	79
Appendice B : Indice de cotation du <i>Lerner Defense Scale (LDS)</i> .....	83
Appendice C : Questionnaire sur les passages à l'acte.....	87
Appendice D : Formulaire de consentement.....	94

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques des individus borderlines ayant présenté ou non des comportements parasuicidaires.....	38
2	Les diagnostics concomitants des individus borderlines ayant présenté ou non des comportements parasuicidaires.....	39
3	Caractéristiques des comportements parasuicidaires (tentatives de suicide ou automutilations) des individus borderlines (N=16).....	40
4	Relation entre les mécanismes de défense d'échelon inférieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines.....	49
5	Relation entre les mécanismes de défense d'échelon supérieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines.....	51
6	Relation entre les mécanismes de défense d'échelon inférieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines.....	53
7	Relation entre les indices de perte de limites du Moi au Rorschach et les comportements parasuicidaires chez les individus borderlines.....	54

## Remerciements

D'abord, de sincères remerciements à Suzanne Léveillé, Ph.D., ma directrice de recherche, pour le soutien constant et les précieux conseils à l'élaboration de ce travail, pour la confiance soutenue et pour son expérience clinique partagée généreusement. Merci aussi de m'avoir transmis ton intérêt pour la psychothérapie analytique. Merci également aux professionnels du Centre Hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (Site Ste-Thérèse) qui ont permis l'évaluation des participants du groupe de thérapie limite. Je remercie tous les participants pour leur temps consacré à cette étude ainsi que pour leur confiance qu'ils m'ont accordée. En terminant, je tiens à remercier les personnes qui par leur appui et leurs encouragements ont collaboré à ce projet.



## Introduction

Le trouble de personnalité borderline se distingue des autres troubles cliniques du groupe B (narcissique, histrionique et antisocial) du DSM-IV (1996), par sa tendance aux passages à l'acte parasuicidaire, c'est-à-dire les tentatives de suicide ou les automutilations. À la lumière des écrits, cette psychopathologie se divise en différents sous-groupes, particulièrement en ce qui concerne les comportements d'autodestruction (Lavolette, 1999). Les individus limites se caractérisent, entre autres, par la présence de mécanismes de défense archaïques centrés autour du clivage et au recours des processus primaires de pensée. Ces processus amènent des troubles de la pensée, affectent les frontières du Moi et renforcent les mécanismes de défense.

Cette présente étude observe le profil intrapsychique, des individus limites présentant ou non des comportements parasuicidaires, à l'aide du test de Rorschach. L'objectif étant de vérifier, d'une part, la sévérité et la fréquence des mécanismes de défense et, d'autre part, d'évaluer la perte de limites du Moi par la présence et l'intensité des troubles de pensée. Cette recherche se distingue par la comparaison des individus limites à l'égard de la présence ou de l'absence des comportements parasuicidaires et ce, par l'analyse des défenses et de la perte de limites du Moi. D'autres études ont été effectuées sur l'organisation défensive des individus limites mais très peu observent le lien entre les comportements parasuicidaires et les variables intrapsychiques.

De plus, l'évaluation approfondie, à savoir l'utilisation de critères à la fois objectifs et projectifs, permet de distinguer davantage les différents sous-groupes afin de mieux cerner la clientèle et les traitements adéquats.

Le premier chapitre, le contexte théorique, explore les différentes définitions du trouble de personnalité borderline et le lien qui existe entre les mécanismes de défense, la perte de limites du Moi et le passage à l'acte parasuicidaire chez les individus limites. Cette section se conclut avec la formulation des hypothèses de recherche. Dans un deuxième temps, la méthode utilisée est présentée. Le troisième chapitre présente les résultats des analyses effectuées. Enfin, la dernière section porte sur la discussion des résultats obtenus.

## Contexte théorique

## Trouble de personnalité borderline

Deux perspectives paraissent actuellement se dégager pour décrire la personnalité borderline. L'une, descriptive, est axée sur l'observation des symptômes et basée sur les critères du DSM-IV (APA, 1996), largement reconnu dans la littérature scientifique. La seconde est la perspective psychanalytique qui définit la structure psychopathologique d'un individu. À ce titre, les travaux d'Otto Kernberg aux États-Unis sont considérés comme des contributions importantes dans la littérature psychanalytique.

### *Perspective descriptive*

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (1996), la prévalence du trouble de personnalité borderline s'élève à environ 2 % dans la population générale, à 10 % chez les individus vus en consultation psychiatrique et à 20 % chez les patients hospitalisés dans les services psychiatriques. De plus, de tous les troubles de la personnalité, 30 à 60 % des individus vus en clinique présenteraient un diagnostic d'un trouble de personnalité borderline. Ce trouble demeure stable au cours de la vie et affecte un plus grand nombre de femmes dans une proportion de 75% (APA, 1996; Waltz, 1994; Widiger & Frances, 1989).

Actuellement, la communauté scientifique s'entend sur la définition du trouble de personnalité borderline pour décrire cette psychopathologie (APA, 1996; Gacono, Meloy & Berg, 1992; Grinker, Werble & Drye, 1968; Gunderson, 1984; Stone, 1994). Ce trouble se définit par l'instabilité des relations interpersonnelles, des affects et de l'image de soi avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présente dans des contextes divers. Le diagnostic du trouble de personnalité borderline, à l'aide du DSM-IV, s'effectue lorsqu'il y a une présence d'au moins cinq critères sur neuf.

Ces critères sont :

- 1- Effort effréné pour éviter les abandons réels ou imaginés
- 2- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- 3- Perturbation de l'identité marquée par une instabilité persistante de l'image de soi
- 4- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p.ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- 5- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations
- 6- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p.ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- 7- Sentiments chroniques de vide

- 8- Colères intenses et inappropriées ou une difficulté à contrôler sa colère (p.ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou des bagarres répétées)
- 9- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères

En 1926, le terme *borderline* fut évoqué par Glover qui désigne un caractère névrotique présentant des caractéristiques à la limite de la psychose (Leblanc, 1996). Stern, en 1938, fut le premier à décrire des patients affectés sur le plan narcissique; le groupe des névroses borderlines (Chabert, Brusset & Brelet-Foulard, 1999). Deutsch (1942) nomme les patients borderlines, des personnalités *comme si* (as-if); ces patients sont caractérisés par un appauvrissement émotionnel qui prend racine dans leur trouble d'identité. Schmeidler en 1947, décrit ce groupe de patient comme des individus qui sont stables dans leur instabilité (Lerner, 1991). Dans le même ordre d'idée, en 1953, Knight aborde la fragilité des fonctions du Moi de l'état-limite (Lerner, 1991). Chabert et al., (1999) révèlent l'apport de cet auteur en décrivant, d'une part, le rapport entre le Moi fragile et les forces pulsionnelles inconscientes qui s'activent sous un mode d'impulsivité. D'autre part, la défaillance entre la limite externe/interne. Enfin, la présence de troubles de la pensée chez les individus borderlines.

Différents auteurs psychanalytiques contemporains (Bion, Bergeret, Gunderson, Kernberg, Stone, Winnicott) se sont intéressés aux cas limites à travers diverses perspectives, ce qui contribue aux descriptions variées de ce trouble.

Bergeret (1996) désigne une troisième lignée psychopathologique intermédiaire entre la névrose et la psychose. Cette pathologie qu'il définit par la notion d'état-limite est caractérisée par une relation d'objet anaclitique et par l'angoisse de perte d'objet qu'elle suscite. Par ailleurs, en 1970, Kernberg propose le terme d'organisation limite se référant à un ensemble de symptômes et de traits de caractère diversifiés (Wildlöcher, 1994). Selon Kernberg (1997), l'organisation limite est une entité clinique stable et indépendante. Cette dernière perspective, celle de l'organisation borderline, développé par Kernberg, est privilégiée dans cette étude afin de décrire plus précisément la pathologie limite. Elle est reliée aux hypothèses et aux tests utilisés dans la méthode.

### *Perspective psychanalytique*

Deux caractéristiques importantes définissent le modèle de l'organisation borderline de la personnalité proposé par Kernberg (1997). Premièrement, la spécificité et la stabilité de l'organisation limite. Deuxièmement, le caractère évolutif telle une condition transitoire, fluctuante et susceptible d'évoluer vers des organisations variées. Les travaux de Kernberg s'inspirent des contributions kleiniennes, freudiennes, de l'école Britannique des relations d'objet, de la psychologie du Moi et de son expérience en



psychiatrie clinique (Perry & Klerman, 1978). Cet auteur se situe à mi-chemin entre la définition descriptive du trouble de personnalité borderline, basée selon l'Association Américaine de Psychiatrie, et une conception psychostructurale de l'organisation limite de la personnalité (Kernberg, 1986).

Son approche, dite structurale, rend compte du manque d'intégration de l'identité et de l'organisation défensive primitive du Moi centrée autour du clivage. De plus, l'épreuve de la réalité, relativement maintenue, qui différencie l'organisation borderline de celles qui est névrotique et psychotique est un autre élément de l'approche structurale. Le diagnostic structural cherche à discerner la structure psychopathologique en lien avec les différents symptômes qui apparaissent chez les individus borderlines. Selon Kernberg (1989), l'analyse seule des symptômes, selon l'approche descriptive, est insuffisante car elle ne permet pas de distinguer les différences à l'intérieur du groupe des individus présentant le trouble borderline. Le diagnostic structural s'effectue alors selon les symptômes et la structure du patient.

Tout d'abord, selon Kernberg (1989), l'individu qui présente une organisation borderline de la personnalité manifeste divers symptômes. Ces patients développent une angoisse chronique, diffuse et flottante. Cette angoisse peut refléter une défense ou simplement une résistance lors d'une thérapie intensive. Des phobies multiples entraînant des inhibitions sociales ainsi que des éléments de paranoïa sont des indications d'une organisation borderline. De plus, les symptômes obsessionnels, de conversion multiple,

des réactions dissociatives, une tendance à l'hypocondrie associée aux traits paranoïaques peuvent aussi apparaître chez la personnalité limite. Une tendance sexuelle perverse sous différentes formes, tant dans la conduite que dans le fantasme du patient, des dépendances diverses, une tendance à l'impulsivité et une structure pré-psychotique classique (p.ex., la personnalité paranoïde) font partie du polymorphisme symptomatique des patients borderlines. Enfin, la dépression, suffisamment sévère pour avoir un effet désorganisateur sur l'ensemble des fonctions du Moi et associée à un sentiment de solitude, est un indicateur pour le diagnostic de l'organisation borderline.

En second lieu, l'analyse structurelle de l'organisation borderline se traduit par l'analyse des structures cognitives, c'est-à-dire les processus de pensée primaires et secondaires, les structures défensives et les dérivés structurels des relations d'objet intériorisées (Kernberg, 1989).

Les processus primaires de pensée se manifestent particulièrement au cours de tests projectifs lorsque l'individu est en présence d'un matériel peu structuré. Ces processus apparaissent sous la forme de fantasmes primitifs, de verbalisations *bizarres* avec la manifestation d'une incapacité à s'adapter au matériel clinique. Selon Kernberg (1989), le recours aux processus primaires de pensée est influencé, entre autres, par la réactivation des relations d'objet pathologiques, le mécanisme du clivage et par les images primitives de soi et des autres qui affectent les frontières du Moi.

Kernberg (1997) détermine la sévérité de l'organisation borderline de la personnalité selon un continuum psychopathologique. Ce dernier, allant d'un échelon supérieur à un échelon inférieur, s'évalue selon la présence de mécanismes de refoulement et de clivage. Ces mécanismes sont associés au développement des relations d'objet intériorisées. Ceux-ci amènent des difficultés d'adaptation. Les individus se situant à l'échelon inférieur, près du pôle psychotique, ont une plus grande intolérance à l'anxiété, une plus grande difficulté à contrôler leurs impulsions et des voies de sublimation moins développées comparativement à ceux qui se situent plus près du pôle névrotique. Les individus limites qui manifestent une plus grande propension à l'agir et donc moins de capacités de mentalisation se situent à l'échelon inférieur, tandis que l'échelon supérieur se caractérise par une présence moins élevée d'impulsivité et d'agirs (Léveillé, 2001). Ces considérations amènent à penser que la gravité et le pronostic du trouble de personnalité borderline s'évalue, entre autres, par la présence de passage à l'acte. L'échelon supérieur est caractérisé par le mécanisme de répression et il s'accompagne de mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation et des formes moins sévères de déni (Lerner, Albert & Walsh, 1987). Ces mécanismes de défense rendent compte d'un fonctionnement psychosocial adéquat chez un individu.

Selon Kernberg (1997) le clivage est utilisé pour décrire la séparation des introjections et des identifications de qualité opposées selon les pulsions libidinales ou destructives. Ce mécanisme est utilisé normalement dans le développement précoce de l'individu et il est remplacé, par la suite, par des défenses plus adaptées centrées autour du

refoulement. Cependant, le clivage persiste, dans l'organisation limite, en protégeant le Moi des états contradictoires (bon/mauvais), en dissociant les rejets pulsionnels libidinaux et agressifs. L'angoisse est donc évitée par ce clivage, malgré que le Moi s'appauvrisse considérablement. Ainsi, les représentations de soi et d'objet sont séparées en totalement bonnes ou totalement mauvaises, ce qui constitue l'assise du syndrome de l'identité diffuse des patients borderlines. La synthèse des états contradictoires (bon/mauvais) a donc échoué. Cette incapacité d'intégration proviendrait du manque constitutionnel de tolérance à l'angoisse et de l'intensité des frustrations précoces sévères. Ces facteurs pathologiques développent chez l'organisation limite une tendance sévère à l'agressivité hétéro ou autodirigée. À ce titre, Marcelli (1981) indique que le clivage se retrouve particulièrement dans le passage à l'acte, c'est-à-dire que le Moi est syntone pendant la décharge pulsionnelle; il peut même en retirer une source de satisfaction. Or, en dehors des passages à l'acte suicidaire cette même décharge est étrangère à l'individu. Ces deux états contradictoires demeurent séparés l'un de l'autre.

Le clivage se caractérise par le maintien des qualités opposées. Celui-ci scinde tout autant l'objet que le Moi en bon et en mauvais et protège alors les parties du Moi, construit autour des introjections positives, sous l'influence des pulsions libidinales (Kernberg, 1997). Cette dissociation est une des causes importantes de la faiblesse du Moi qui renforce le clivage. Les conséquences de ce mécanisme archaïque sont nombreuses. Premièrement, le clivage entraîne chez l'individu limite un manque de contrôle pulsionnel qui s'exprime de façon brutale dans des épisodes de débordement pulsionnel. En second lieu, la manifestation principale du clivage se retrouve dans

l'oscillation rapide et intense de sentiments, d'idées ou de comportements contradictoires face à un objet externe. Enfin, l'absence de préoccupations liées à ces contradictions dans le comportement et l'expérience interne du patient est une autre des conséquences du clivage.

La présence connexe de mécanismes de défense d'échelon inférieur tels l'idéalisation primitive, la dévalorisation, les mécanismes archaïques de projection (identification projective) et le déni, s'opèrent autour du clivage et se renforcent mutuellement (Kernberg, 1989). Ces mécanismes de défense sont présentés à l'Appendice A.

Des formes de négation, gravitant autour du mécanisme de refoulement, se situent à l'échelon supérieur tandis que des formes de déni sévères se retrouvent près du pôle psychotique, c'est-à-dire à l'échelon inférieur. Le niveau inférieur est caractérisé, entre autres, par une épreuve de la réalité et des frontières du Moi fortement appauvries (Kernberg, 1997). À ce titre, l'identification projective, mécanisme d'échelon inférieur, affaiblit les frontières du Moi en raison de l'intensité de la pulsion projetée et de la faiblesse du Moi déjà existante. L'analyse des mécanismes de défense de l'échelon inférieur, de l'organisation limite, montre que les images de soi et de l'objet sont divisées en « totalement bonnes et totalement mauvaises ». Cette division affecte le concept de soi, qui ne peut être intégré.

Kernberg (1997) considère alors que l'utilisation de mécanismes de défense archaïques centrés autour du clivage prend racine dans l'intériorisation des relations d'objet. Celle-ci se fait, d'une part, lorsque les représentations de soi et de l'objet sont différenciées et, d'autre part, lorsqu'elles sont intégrées en des représentations de soi et d'objet totales. Elles sont totales lorsqu'il y a eu une synthèse des rejets pulsionnels libidinaux (bons) et agressifs (mauvais). Plusieurs manifestations cliniques résultent de la pathologie des relations d'objets. Premièrement, le manque d'empathie envers les autres. Ensuite, la nature superficielle de leurs relations. Cette dernière est liée à leur manque de sollicitude et de leurs efforts afin de maintenir une distance rassurante avec l'autre. Enfin, la diffusion de leur identité se traduit par un sentiment chronique de vide.

Kernberg (1997) et Lerner (1991) ont décrit principalement les mécanismes de défense d'échelon inférieur, centrés autour du clivage, afin de définir l'organisation borderline. Or, ces auteurs font référence aux mécanismes plus adaptés, sans toutefois les définir précisément, afin de décrire les sous-groupes d'individus borderlines présentant un meilleur pronostic. Ces individus se situent à l'échelon supérieur qui est désigné par des mécanismes de défense gravitant autour de la répression (Lerner, 1991).

Le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis (1988) présente plusieurs définitions de mécanismes de défense d'échelon supérieur. Ces définitions ont l'avantage d'être générale et reconnue dans la littérature scientifique. Ces mécanismes sont présentés à l'Appendice A.

Selon Kernberg (1997), l'évaluation de la sévérité et du pronostic de la pathologie borderline se fait aussi par l'analyse des manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi, c'est-à-dire le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation. Cette évaluation permet de déterminer la tendance aux passages à l'acte autodestructeur.

À la lumière de l'analyse symptomatique et structurale, l'organisation limite de la personnalité recouvre un large spectre de troubles se situant d'un échelon supérieur à inférieur. L'échelon supérieur, près du pôle névrotique, regroupe plusieurs troubles tels que le trouble hystérique, obsessionnel-compulsif et le caractère dépressif-masochiste (sans comportement d'autodestruction). La personnalité infantile occupe l'échelon intermédiaire du continuum psychopathologique. L'échelon inférieur est caractérisé par des manifestations importantes de la faiblesse du Moi, des passages à l'acte hétéro ou autodestructeur et des dépendances variées. Les personnalités antisociales, impulsives, chaotiques et dépressives-masochistes (avec des comportements autodestructeurs) se situent près du pôle psychotique et elles se caractérisent par un degré de sévérité pathologique et un pronostic défavorable.

Cette présente section propose une définition, l'étiologie et les facteurs de risque suicidaire en lien avec les comportements parasuicidaires des individus présentant un trouble de personnalité borderline.

### Passage à l'acte : Comportements parasuicidaires

En psychanalyse, le terme «acting out» indique des actions à caractère impulsif prenant une forme auto ou hétéroagressive référant le plus souvent à une tentative de rupture de la relation analytique (Laplanche & Pontalis, 1988). Selon ces auteurs, le terme de passage à l'acte est l'équivalent le plus souvent retenu, particulièrement en psychiatrie clinique. Il désigne que l'agir remplace la représentation que l'individu est incapable d'effectuer. Dans le passage à l'acte, la pulsion dévie le fantasme et le désir afin d'aboutir à l'action sans avoir été suffisamment mentalisée (Perron-Borelli & Perron, 1987). La pulsion n'est qu'une décharge des tensions dans l'agir (Kernberg, 1993). L'agir traduit l'incapacité à maîtriser les pulsions par un Moi trop faible et l'incapacité à intégrer les affects dépressifs (Balier, 1985).

Selon Waltz (1994), le terme de parasuicide réfère à l'intensité et à l'intentionnalité d'une agression physique envers soi ou à des actions qui comportent des risques de se blesser. Le parasuicide désigne les passages à l'acte autodestructeur c'est-à-dire qu'il inclut à la fois les tentatives de suicide et les comportements d'automutilation. Le parasuicide est défini comme un comportement autodestructeur entraînant un risque



de blessure physique et létale avec une intention ou non de mourir. Selon cette auteur, ces comportements autodestructeurs varient de blessures mineures (p.ex., éraflures) jusqu'aux blessures majeures avec une intention suicidaire reliée ou non comme dans l'automutilation.

Des études (Paris, Brown & Nowlis, 1987; Silver & Cardish, 1991; Stone, 1990) indiquent que 10% des individus borderlines font éventuellement un suicide complété. Malgré l'importance des suicides complétés, cette proportion ne reflète pas l'ampleur des gestes parasuicidaires. En effet, 116 parasuicides sont comptés chez les femmes et 28 chez les hommes pour chaque décès par suicide (Lesage, 1994). En observant le taux élevé de femmes ayant un diagnostic d'un trouble de personnalité borderline comparativement aux hommes, il n'est pas surprenant de remarquer le taux élevé de parasuicide chez ces femmes. Effectivement, 27 à 67% des individus limites présentent une histoire d'agirs suicidaires (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994a).

Le parasuicide peut revêtir plusieurs fonctions telles la régularisation des affects douloureux (la colère, la rage, la honte, la tristesse, la peur et la culpabilité), la communication d'une émotion ou l'évitement de pensées, de problèmes interpersonnels et d'une éventuelle dépersonnalisation (Waltz, 1994).

L'individu limite vit une problématique de perte d'objet et présente des troubles de comportements, le plus souvent autodestructeurs. La douleur associée aux

comportements boulimiques, à la toxicomanie, aux tentatives de suicide persistantes ou aux conduites d'automutilation est une des caractéristiques importantes de ces individus (Chabert & al., 1999).

Le passage à l'acte chez la personnalité borderline est donc un mode privilégié pour tenter d'éviter tout contact avec leur angoisse. La fuite dans l'action redonne artificiellement un certain niveau d'équilibre (Millaud, 1998). Le diagnostic de ce trouble illustre que les tendances aux passages à l'acte suicidaire et aux comportements d'automutilation sont une caractéristique de ces patients (Kernberg, 1986).

En effet, les personnalités borderlines utilisent le passage à l'acte suicidaire comme une défense contre les affects dépressifs (Soloff & al., 1994a) ou afin de réduire l'anxiété (Gunderson, 1984). Selon Kernberg (1997) ces gestes peuvent avoir pour objectif d'assumer un contrôle sur l'entourage en soulevant des sentiments de culpabilité chez eux. Puisque les personnalités borderlines sont probablement plus portées que les autres clients à adopter des comportements d'autodestruction, dits *manipulateurs*, (Barrash, Kroll, Carey & Sines, 1983) ils suscitent chez les autres des soins et de l'attention (Gunderson, 1984). Ces comportements peuvent apparaître chez l'individu limite lors de crises de colère et d'humeur dépressive soudaine, lors de ruptures amoureuses ou de succès thérapeutiques (Kernberg, 1993).

Plusieurs auteurs ont exploré l'étiologie des passages à l'acte autodestructeur chez la personnalité borderline sous l'angle de variables intrapsychiques. Tout d'abord, en 1976, Chiland mentionne que l'automutilation serait une tentative désespérée de faire revenir l'objet (Morelle, 1995). Ce comportement peut aussi exprimer un sentiment de honte face à une situation d'humiliation ou de défaite. Également, Marcelli (1981) souligne qu'il s'agit d'une opération défensive qui permet d'évacuer vers l'extérieur, la réalité psychique interne.

Dans un autre ordre d'idées, Kernberg (1989) souligne la présence d'un *narcissisme malin* chez les individus borderlines, c'est-à-dire la présence d'une forte agressivité, pouvant expliquer les comportements autodestructeurs chroniques. Ce sous-groupe vit un sentiment de contrôle sur la douleur et sur la mort. Cette impression de contrôle rehausse leur estime de soi et leur donne un sentiment de pouvoir. Les comportements d'autodestruction apparaissent alors lorsque leur grandiosité est mise à l'épreuve et lorsque des sentiments d'humiliation ou de défaite apparaissent. En effet, selon Chabert & al., (1999) la souffrance que l'individu limite s'impose à lui-même révèle un mode exhibitionniste en s'affirmant comme son seul maître. Ce mode apparaît en psychothérapie, entre autres, dans les réactions thérapeutiques négatives où l'aménagement clinique du cadre thérapeutique est vécu difficilement par le client.

Le diagnostic du trouble de personnalité borderline constitue en soi un facteur de risque suicidaire (Kjellander, Bongor & King, 1998). Selon Kernberg (1986) plus un

patient présente des idéations et des intentions suicidaires, un ralentissement des fonctions psychiques et des signes de dépression, plus le risque suicidaire est élevé. Plusieurs variables sont associées au risque suicidaire tels que le célibat, l'abus d'alcool, les caractéristiques schizotypiques et le désespoir persistant qui caractérisent les individus en dépression majeure ayant une histoire de tentatives suicidaires (Bulik, Carpenter, Kupfer & Frank, 1990). De plus, les tentatives de suicide antérieures (Goldstein, Black, Nasrallah & Winokur, 1991; Paris, Nowlis & Brown, 1989) ainsi que les idéations suicidaires (Bulik & al., 1990) demeurent des éléments prédictifs importants parmi les facteurs de risque suicidaires primaires. De plus, les événements de vies comme le divorce ont une prévalence importante lorsque les facteurs de risque secondaires sont évalués (Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 1994). D'autres facteurs tels qu'une expérience récente de perte, une histoire familiale de suicide, des hospitalisations antérieures, une présence de maladies physiques sévères ou un échec social récent sont à considérer dans l'évaluation du risque suicidaire (Kernberg, 1993). De plus, les individus présentant un trouble limite de la personnalité ayant vécu des abus sexuels ont un risque élevé de passage à l'acte suicidaire (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Stone, 1990; Wagner & Linehan, 1994; Waltz, 1994).

Les diagnostics concomitants sur l'axe I et l'axe II du DSM-IV (1996) chez la personnalité borderline sont largement étudiés. En effet, McGlashan (1987) indique que la combinaison la plus létale, conduisant à des tentatives de suicide, s'avère être la présence d'un trouble borderline ainsi qu'un trouble dépressif majeur. Links, Heslegrave,

Mitton, Reekum et Patrick (1995) confirment que les patients présentant une concomitance entre un trouble de personnalité borderline et la présence d'abus de substance sont plus enclin aux comportements d'impulsivité, particulièrement en ce qui concerne les comportements d'automutilation. Dans les faits, plus de 80% de ces individus rapportent des idéations parasuicidaires. Ces résultats sont consistants avec les résultats de Andreoli, Burnand, Mühlebach et Dogliotti (1991), Stone (1990), Sztulman, Pezous, Auby et Moron (1993) et Waltz (1994) qui mentionnent que le diagnostic du trouble limite de la personnalité avec un abus de substance surajouté comporte un risque important d'un éventuel suicide complété. Par ailleurs, la présence d'un trouble alimentaire et la manifestation de symptômes psychotiques antérieurs sont aussi des facteurs de risque reliés aux passages à l'acte suicidaire chez ces individus (Shearer, Peters, Quaytman & Wadman, 1987).

Le taux de suicide parmi les patients borderlines qui présentent des comportements d'autodestruction est doublé comparativement à ceux qui n'en présentent pas (Cowdry, Pickar & Davies, 1985; Stone, 1990). D'autres auteurs croient cependant que l'automutilation n'est pas associée sérieusement avec l'augmentation des intentions suicidaires ou des tentatives de suicide (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994b). Enfin, la concomitance du trouble de personnalité borderline et antisocial prédit, à long terme, un taux élevé de suicide complété (Soloff & al., 1994a ; Stone, 1994).

Cette autre section propose d'énoncer, d'une part, la contribution de Federn (1952) à propos des frontières du Moi. D'autre part, elle présente la notion du Moi-peau de Anzieu (1985) en lien avec les mécanismes de défense archaïques, principalement avec l'identification projective et avec les comportements parasuicidaires. Enfin, les contributions de Chabert et al., (1999) et de Kernberg (1997) à propos de la porosité des limites chez les individus borderlines sont abordées.

#### Perte de limites du Moi

En 1952, Federn fait paraître un ouvrage: *La psychologie du Moi et les psychoses* dans lequel est réunit des articles portant sur le narcissisme, la fluctuation des sentiments du Moi et le traitement de la psychose. L'auteur s'est intéressé aux états de passage, c'est-à-dire aux états du Moi en fluctuation lors de la transition entre la veille et le sommeil et plus particulièrement aux niveaux de vigilance du Moi (Anzieu, 1985). Selon cet auteur, les sentiments du Moi, constitués d'une dimension mentale et corporelle, sont *normalement* constants alors que les sentiments de frontières du Moi sont en perpétuel changement. Cette frontière (limite) permet la différenciation entre ce qui est psychique et ce qui ne l'est pas et permet la dissociation entre ce qui vient du Moi et ce qui vient du monde extérieur. Lorsque l'investissement libidinal varie, les frontières du Moi sont caractérisées par un sentiment d'étrangeté ou d'extase. Ce sentiment se manifeste par une perte de contact avec la réalité.

Anzieu (1985) écrit plusieurs articles portant sur le Moi-peau en s'inspirant, entre autres, des idées de Federn, dans laquelle la peau est considérée telle une enveloppe du corps et le Moi-peau comme une enveloppe de l'appareil psychique.

Le Moi psychique se constitue à partir de la séparation avec le Moi-corporel. L'enveloppe psychique différencie les éléments du dehors et du dedans et permet les échanges entre ceux-ci. Selon Doron (1987), lors d'une crise psychique intense, en lien avec l'expérience d'une perte, cette différenciation est menacée et il y a un estompage des limites. La présence d'affects incontrôlables donne l'impression à l'individu qu'il risque d'exploser, ceci se manifeste par une frontière du Moi rigidifiée et par un trop plein d'angoisse (Doron, 2000). En conséquence, chez les personnalités borderlines l'espace entre le dedans et le dehors est altéré. Les deux faces, interne et externe, créent une expérience de confusion pour le Moi. Cette différenciation fragile entre l'individu et l'autre, est une caractéristique importante chez la personnalité limite (Chabert & al., 1999). Toutefois, l'espace est suffisamment conservé afin que le contact avec la réalité soit maintenu comparativement au psychotique.

L'angoisse apparaît alors, si les fonctions de contenance du Moi-peau sont défaillantes. Celle-ci est constituée d'une excitation pulsionnelle diffuse et non apaisante, où l'individu trouve alors contenance dans la douleur physique ou psychique (Anzieu, 1985). Différents auteurs ont établi un lien entre l'agir et la confusion des limites internes\externes. Selon Couchard (2000), les patients qui s'automutilent testent leurs limites internes et externes en ressentant de la douleur comme si leur Moi-corporel et

psychique n'étaient pas unifiés. En effet, «l'hypothèse d'une perte de limite du Moi en raison de la douleur peut être posée comme un élément déclencheur de l'automutilation ainsi qu'un élément justifiant sa poursuite, le patient serait débordé par son masochisme» (Morelle, 1995, p.81). L'agir rétablit alors les limites et redonne du contrôle à l'individu en extériorisant ce qui le menace de l'intérieur (Léveillé, 2001).

Selon Kernberg (1997), la confusion des limites du Moi serait en lien avec les mécanismes de défense archaïques, principalement avec le clivage et l'identification projective. Le clivage maintient l'écart entre le bon et le mauvais et réduit la possibilité de percevoir l'objet comme total, avec un sentiment d'ambivalence entre la haine et l'amour. L'objet est alors détruit et réparé successivement. Ceci rend le Moi faible et intolérant à l'angoisse. Cette intolérance marque la difficulté de contenance des états-limites et celle-ci entraîne l'apparition de mécanismes de défense archaïques centrés autour du clivage.

Le mécanisme d'identification projective, relié au mécanisme de clivage, provoque une perte des frontières du Moi en ce sens que la pulsion agressive projetée continue à vivre dans le Moi de sorte que le soi et l'objet sont confondus (Kernberg, 1997). Chabert & al., (1999), mentionnent que les relations d'objet sont caractérisées par des mouvements pulsionnels massifs révélant, d'un côté, une hyper dépendance et de l'autre des attaques destructrices. Ces mouvements contraires pallient à la défaillance des objets internes et à la menace constante de l'abandon. Les attaques contre l'objet le rend fragile et insécurisant ce qui engendre l'insatisfaction et colère.



Kernberg (1997) considère que l'épreuve de la réalité est une variable cruciale dans l'évaluation du diagnostic structural car il permet de distinguer les organisations borderlines de celles qui sont psychotiques. En effet, l'établissement de limites entre soi et autrui et la distinction entre le fantasme et la réalité (interne et externe) sont considérés comme une étape fondamentale dans le développement des relations d'objet (Lerner, 1991).

## Évaluation du fonctionnement intrapsychique

Cette section présente les études concernant l'évaluation du fonctionnement intrapsychique des individus limites. Plus précisément, l'évaluation des mécanismes de défense et la perte de limites du Moi à l'aide d'indices dans le test du Rorschach.

### *Troubles de pensée*

Plusieurs auteurs (Edell, 1987; Exner, 1986; Harris, 1993; Singer & Larson, 1981) s'intéressent aux troubles de la pensée des individus limites. L'étude des troubles de pensée se situe selon deux perspectives: descriptive et psychanalytique.

Du point de vue psychanalytique, Kernberg (1997) mentionne que chez les individus limites les troubles de la pensée apparaissent «sous la forme de fantasmes primitifs avec un fléchissement des capacités d'adaptation de l'individu, et en particulier avec l'utilisation de verbalisations bizarres» (p.49).

Selon Exner (1995), les troubles de pensée sont des incohérences qui se traduisent par une rupture du cours de la pensée, des perturbations dans la relation de causalité, des préoccupations abstraites, un symbolisme hermétique ou une tendance marquée à la généralisation arbitraire.

Dans son relevé de la documentation, Kleiger (1999) résume les différents auteurs qui ont étudié les troubles de pensée. Différents instruments ont été élaborés afin d'évaluer ces derniers. Exner (1998) propose dans le système intégré au test du Rorschach plusieurs indices et cotations spéciales critiques qui mesurent les troubles de la pensée.

Le FABCOM révèle un dérapage cognitif ou une confusion des limites entre soi et autrui. Le CONTAM démontre une désorganisation de la pensée indiquant un pauvre contact avec la réalité.

L'étude de Mormont, en 1974, témoigne que les individus limites présentent dans leurs protocoles des indices de troubles de la pensée tels que le FABCOM, l'INCOM et le CONTAM (Lefebvre, 2001). Exner (1986) démontre que 35% des individus limites présentent au moins un FABCOM, 67% dans l'étude de Patrick et Wolfe (1983), 50% dans les données de Fischnaller et Opgenoorth (1985). En 1980, Smith, en se basant sur les notions théoriques de Kernberg, indique que les individus limites se situant à l'échelon inférieur du continuum présentent plus de troubles de pensée que ceux appartenant à l'échelon supérieur (Lefebvre, 2001). En effet, selon cet auteur, les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires se caractérisent par leur Moi plus faiblement organisé. Cette caractéristique peut expliquer les indices de troubles de pensée plus élevés au Rorschach.

### *Mécanismes de défense*

Kernberg (1997) propose un continuum psychopathologique de l'organisation défensive lié au développement des relations d'objet intériorisées. Deux niveaux sont présents: d'une part, le niveau inférieur où la dissociation et le clivage sont centraux avec une détérioration du Moi. Le sous-groupe des personnalités masochistes avec une tendance à l'autodestructivité se situerait ici (l'agressivité se décharge tant sur les autres

que sur la personne). D'autre part, on retrouve le niveau supérieur où la répression occupe la place centrale. Ce mécanisme accompagne les mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation et de formes de projection (Lerner, Albert & Walsh, 1987).

Lerner et Lerner en 1980, ont construit un manuel de cotation, basé sur les verbalisations au test du Rorschach, évaluant sur un continuum les opérations défensives. Cette grille de cotation est fondée sur les formulations théoriques de Kernberg à propos du continuum psychopathologique de l'organisation limite. Le *Lerner Defense Scale* (LDS) est une échelle où les mécanismes de défense suivants sont évalués : le clivage, la dévalorisation, l'idéalisation, l'identification projective et le déni qui se sous-divise, entre autres, selon les mécanismes de négation, d'intellectualisation, de minimisation et de répudiation.

Nombreux auteurs ont étudié l'organisation défensive des individus présentant un trouble de personnalité borderline. Cooper, Perry et Arnow (1988) obtiennent les résultats suivants : les mécanismes de défense tels que la dévaluation, la projection, le clivage et le déni sont reliés significativement avec le trouble de personnalité borderline. De plus, ils indiquent que plus le mécanisme d'intellectualisation, considéré comme une défense plus adaptée, est présent moins les sous-échelles du trouble de personnalité borderline et d'autodestruction du *Borderline Personality Scale* (BPS-II) apparaissent fréquemment.

Le clivage, mécanisme central dans l'organisation défensive situé à l'échelon inférieur, est corrélé positivement avec ces mêmes sous-échelles.

Des auteurs ont comparé divers troubles de personnalité, particulièrement du groupe B (personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale), à l'égard des mécanismes de défense évalués par le *Lerner Defense Scale* (LDS). Ces études indiquent parfois des résultats divergents.

L'étude de Hilsenroth, Hibbard, Nash et Handler (1993) indique que les individus présentant un trouble de personnalité borderline présentent un score significativement plus élevé de clivage, de dévaluation, d'idéalisation, d'identification projective et de déni que le groupe C, incluant les troubles évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif. Cependant, Gacono et al., (1992) infirment les résultats précédents; aucune différence significative n'est trouvée entre les individus borderlines et les autres troubles de personnalité tels que la personnalité antisociale et narcissique.

De son côté, Leichsenring (1999) a comparé quatre groupes hospitalisés soient 30 névrotiques, 30 borderlines, des patients présentant une schizophrénie récente (n=25) et chronique (n=25) en ce qui concerne les mécanismes de défense archaïques (clivage, identification projective, dévaluation, idéalisation et le déni) à l'aide du *Lerner Defense Scale* (LDS). L'auteur indique que les individus limites manifestent au moins un indice de clivage dans 70% des cas; 73% pour le mécanisme d'identification projective; 97% des

cas pour la dévaluation et 50% d'individus borderlines présentent au moins une fois du déni.

En terminant, le relevé de la documentation démontre que plusieurs études (Cooper & al., 1988; Cramer, 1999; Gacono & al., 1992; Hilsenroth & al., 1993) ont comparé divers troubles de personnalité quant aux mécanismes de défense. D'autres auteurs (Høglend & Perry, 1998; Leichsenring, 1999; Lerner et al., 1987; Lingiardi & al., 1999; Sammallahti & Aalberg, 1995) ont observé les différences entre les individus présentant des troubles sur l'axe I comparativement à ceux ayant des troubles sur l'axe II du DSM-IV quant à leur fonctionnement défensif.

Plusieurs auteurs s'intéressent donc aux mécanismes de défense mais très peu d'études les regardent sous l'angle des comportements parasuicidaires. Soloff & al., (1994b) se sont intéressés aux individus borderlines présentant ou non des comportements d'automutilation. Ces auteurs remarquent que les individus borderlines qui s'automutilent manifestent davantage de symptômes psychotiques, des résultats plus faible au *Global Assessment Scale* (GAS) relié au DSM-III-R et plus de symptômes dépressifs. Ces indices sont évalués par le *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB). Des résultats semblables furent observé par le groupe de Schaffer, Carroll et Abramowitz (1982). Ces auteurs ont comparé des patients psychiatriques, ayant divers troubles sur l'axe I, présentant ou non des comportements d'automutilation. Le groupe d'individus agissant manifestent davantage d'impulsivité, de symptômes psychotiques et

de problèmes interpersonnels. Apter et al., (1989) stipulent dans le même sens, que plus les personnalités borderlines présentent des tendances suicidaires, plus elles manifestent du déni. Ces résultats concordent avec les notions théoriques de Kernberg. Ces résultats amènent à penser que les individus borderlines ayant des comportements parasuicidaires présentent des difficultés d'adaptation dans leur fonctionnement psycho-social. Ces individus se situent possiblement à l'échelon inférieur où il y a une présence de mécanismes de défense, dits inadaptés, et où l'épreuve de la réalité est affectée.

Les études relevées présentent certaines limites. D'une part, les individus du groupe de comparaison ne sont pas toujours évalués afin d'observer s'ils présentent ou non un trouble sur l'axe I et II du DSM-IV. D'autre part, les patients hospitalisés et non hospitalisés sont parfois comparés entre eux sans que cela soit relié au choix volontaire du chercheur. Les études sur l'automutilation présentent des limites concernant l'évaluation des diagnostics en raison de l'absence d'entrevues cliniques structurées (Soloff et al., 1994b).

Les études concernant les troubles de pensée au Rorschach présentent certaines faiblesses. D'une part, les cotations spéciales critiques au Rorschach, associées aux niveaux d'intensité, sont rarement étudiées (Lefebvre, 2001). D'autre part, les groupes d'individus borderlines étudiés incluent parfois des individus présentant d'autres troubles de personnalité (Gartner, Hurt & Gartner, 1989).

En conclusion, l'ensemble des écrits permettent d'affirmer que les individus borderlines présentent des mécanismes de défense tels le clivage et d'autres mécanismes connexes le renforçant. Toutefois, peu d'études comparent les individus borderlines entre eux, et encore moins nombreuses sont les études réalisées quant au fonctionnement intrapsychique des individus présentant des comportements parasuicidaires. L'intérêt de cette étude est d'observer s'il existe à l'intérieur du trouble de personnalité borderline des différences reflétant des sous-groupes d'individus. Le questionnement général sous-jacent à cette recherche étant d'évaluer si les comportements parasuicidaires sont en lien avec le fonctionnement intrapsychique des individus borderlines.



## Hypothèses

Cette étude compare les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires aux individus borderlines qui n'en présentent pas quant aux mécanismes de défense et de la perte de limites du Moi. Plus précisément, les variables mesurées sont le clivage, la dévalorisation, l'idéalisation, l'identification projective, le déni, le FABCOM 2 (avec et sans transparence) et le CONTAM. Sur la base des notions théoriques de Kernberg concernant l'existence de sous-groupes à l'intérieur de la pathologie limite et des résultats d'études précédentes, les hypothèses sont les suivantes :

### *Hypothèse 1 :*

Les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires présenteront plus fréquemment les mécanismes de clivage et d'identification projective comparativement aux individus borderlines n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires.

### *Hypothèse 2 :*

Les individus borderlines n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires présenteront plus fréquemment les mécanismes de dévalorisation (niveau 1 et 2), d'idéalisation (niveau 1 et 2) et de déni 1 (négation, intellectualisation, minimisation et répudiation) comparativement aux individus borderlines présentant ces comportements parasuicidaires.

*Hypothèse 3 :*

Les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires, présenteront plus fréquemment les mécanismes de dévalorisation (niveau 3-4-5), d'idéalisation (niveau 3, 4 et 5) et de déni (niveau 2 et 3) comparativement aux individus borderlines n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires.

*Hypothèse 4 :*

Les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires présenteront plus fréquemment les indices de perte de limites du Moi tels que le FABCOM 2 (avec et sans transparence) et le CONTAM comparativement aux individus borderlines n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires.

## Méthode

Le deuxième chapitre traite de la méthode utilisée pour réaliser la présente étude. Une première section expose les caractéristiques socio-démographiques, les diagnostics et les caractéristiques des comportements parasuicidaires des participants. Dans un deuxième temps, ce chapitre précise les instruments de mesure ainsi que leurs qualités métrologiques. Enfin, celui-ci se termine par l'explication du déroulement des entrevues.

### Participants

L'échantillon se compose de 35 participants âgés de 21 à 50 ans. Il comprend 28 femmes (80%) et sept hommes (20%). Ces individus présentent tous le diagnostic de trouble de personnalité borderline, c'est-à-dire que ceux-ci présentent aux moins cinq critères sur neuf décrit dans le DSM-IV (1996). L'échantillon se divise en deux groupes : un groupe de 16 individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires (tentatives de suicide ou automutilations) et un groupe de 19 individus borderlines qui ne présentent pas de comportements parasuicidaires. Ces comportements sont déterminés par la présence d'au moins une tentative de suicide sérieuse ou d'un comportement d'automutilation ayant causé des séquelles physiques ou ayant nécessité une hospitalisation. Un portrait global des comportements parasuicidaires des individus présentant un trouble borderline de la personnalité se trouve au Tableau 3 de ce chapitre.

Les participants présentant des comportements parasuicidaires proviennent du Centre Hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (site Ste-Thérèse). Ces individus ayant un trouble de personnalité borderline participent à un groupe de thérapie à la clinique externe et sont recrutés à l'intérieur de celui-ci. Les individus n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires proviennent du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières et dans les hôpitaux du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières et du Centre Hospitalier de Lanaudière. La participation à cette recherche s'est effectuée sur une base volontaire.

Les participants retenus sont ceux qui présentaient le diagnostic d'un trouble de personnalité borderline. Les participants ayant des traits de personnalité borderline (moins de cinq critères sur neuf du DSM-IV) sont exclus de l'étude. Les individus présentant des automutilations mineures, c'est-à-dire sans séquelle physique ni hospitalisation, ont été retirés de l'échantillon. Enfin, les questionnaires dans lesquels des données manquantes y figuraient ont été éliminés dans cette étude.

Les principales caractéristiques socio-démographiques des participants sont décrites au Tableau 1 alors que les différents diagnostics sont décrits au Tableau 2.

Tableau 1

Caractéristiques des individus borderlines ayant présenté ou non des comportements parasuicidaires

Variables	Individus borderlines avec comportements parasuicidaires (n=16)		Individus borderlines sans comportement parasuicidaire (n=19)	
	n	%	n	%
<b>Sexe</b>				
Homme	3	18.8	4	21.1
Femme	13	81.2	15	78.9
<b>Âge moyen</b>	40.6 ans		33 ans	
<b>Statut civil</b>				
Célibataire	6	37.5	9	47.4
Marié(e)/conjoint(e) de fait	2	12.5	5	26.3
Divorcé(e)/séparé(e)	8	50	5	26.3
Veuf (ve)	0	0	0	0
<b>Scolarité</b>				
Secondaire	11	68.8	5	26.3
Collégial	5	31.2	5	26.3
Universitaire	0	0	9	47.4
<b>Occupation</b>				
Avec emploi	3	18.8	10	52.6
Sans emploi	13	81.2	4	21.1
Étudiant	0	0	5	26.3

Tableau 2

Les diagnostics concomitants des individus borderlines ayant présenté ou non des comportements parasuicidaires

Diagnostics présents	Individus borderlines avec comportements parasuicidaires (n=16)		Individus borderlines sans comportement parasuicidaire (n=19)	
	n	%	n	%
<b>Axe I</b>				
Troubles de l'humeur	16	100	9	47.4
Troubles anxieux	14	87.5	7	36.8
Troubles psychotiques	0	0	0	0
Troubles somatoformes	0	0	2	10.5
Troubles alimentaires	5	31.3	0	0
Trouble de l'abus de substance	11	68.8	0	0
<b>Axe II</b>				
Troubles de personnalité:				
Paranoïde	8	50	6	31.6
Schizoïde	0	0	0	0
Schizotypique	3	18.8	4	21.1
Narcissique	0	0	3	15.8
Antisocial	0	0	0	0
Histrionique	1	6.3	2	10.5
Évitante	6	37.5	6	31.6
Dépendante	7	43.8	5	26.3
Obsessionnelle-compulsive	1	6.3	4	21.1

Tableau 3

Caractéristiques des comportements parasuicidaires (tentatives de suicide ou automutilations) des individus borderlines (N=16)

Variables	Tentatives de suicide (n=16)	Automutilations (n=11)
<b>Âge moyen</b>	34.23 ans	46.8 ans
<b>Nombre moyen/individu</b>	46 tentatives = 3 tentatives par individu	N/A <sup>1</sup>
<b>Moyens utilisés</b>		
Médication	22	0
Lacération	4	10
Pendaison	5	0
Immolation	2	0
Noyade	3	0
Accident	4	0
Coup de poignard	1	0
Piqûre	1	0
Coup de fusil	1	0
Monoxyde de carbone	3	0
Coup de poing	0	2
Se gratter	0	1
<b>Hospitalisation</b>	54.3 % des tentatives amènent une hospitalisation	18.2 % des automutilations amènent une hospitalisation

Note<sup>1</sup>. Les comportements d'automutilation étaient parfois trop élevés pour permettre le dénombrement adéquat.



## Instruments de mesure

### *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*

Le SCID est un questionnaire visant à déterminer les diagnostics de l'axe I et de l'axe II du DSM-IV (1996). Les participants répondent, tout d'abord, au SCID-I-P<sup>1</sup> développé par First, Spitzer, Gibbon et Williams (1997) afin d'évaluer la présence ou l'absence d'un diagnostic sur l'axe I du DSM-IV (1996).

Williams et al., (1992) obtiennent un coefficient interjuge ( $Kappa=K$ ) de .60 sur l'ensemble des troubles cliniques chez les individus hospitalisés, de .61 pour les troubles actuels et de .68 pour les troubles passés.

Ensuite, les participants répondent au SCID-II<sup>2</sup> développé par First, Spitzer, Gibbon et Williams (1997). Celui-ci permet d'évaluer la présence ou l'absence d'un diagnostic sur l'axe II à savoir les troubles de la personnalité.

Arntz et al., (1995) obtiennent un Kappa de .80 sur l'ensemble des troubles de personnalité et un Kappa de .79 pour le trouble de personnalité borderline. Une autre étude permet d'identifier un Kappa de .61 pour le groupe B (antisocial, narcissique, histrionique et borderline) des troubles de personnalité (Jacobsberg, Perry & Frances, 1995).

---

<sup>1, 2</sup> Ces questionnaires ont été traduits en français par Lise Bordeleau de l'Unité de recherche en Neurosciences du Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL).

### *Rorschach*

Le Rorschach a été utilisé en premier lieu afin d'observer la présence ou l'absence de mécanismes de défense tels que le clivage, la dévalorisation, l'idéalisation, l'identification projective et le déni. Ces mécanismes sont évalués à partir de l'application de la grille de Lerner et Lerner (1980) : *Lerner Defense Scale* (LDS). L'unité qui est évaluée dans le LDS est la réponse qui contient une figure humaine complète soit statique ou en mouvement. La cotation des mécanismes de défense s'effectue selon différents critères pour les divers mécanismes et leurs niveaux de sévérité. Ces critères déterminent, entre autres, le degré de sévérité attribué à chaque mécanisme de défense tels que la dévalorisation (niveau 1 à 5), l'idéalisation (niveau 1 à 5) et le déni (niveau 1 à 3). Les niveaux 3, 4 et 5 du mécanisme de dévalorisation et d'idéalisation et les niveaux 2 et 3 du mécanisme de déni se caractérisent par une distorsion dans l'épreuve de la réalité. Cette grille de cotation est présentée à l'Appendice B.

Lerner, Sugarman et Gaughran (1981) obtiennent un coefficient de corrélation entre .94 et .99 pour l'ensemble des mécanismes de défense et un coefficient entre .47 et .95 pour les mécanismes de dévalorisation, d'idéalisation et de déni. De plus, Lerner et Lerner (1980) démontrent un coefficient interjuge de 100% pour le clivage, de 91% pour la dévalorisation, de 87% pour l'idéalisation, de 100% pour l'identification projective et de 83% pour le déni.

La perte de limites du Moi est évaluée à l'aide de différents indices au Rorschach qui reflètent la présence ou non de troubles de la pensée. Exner (1998) propose dans le système intégré plusieurs indices et cotations spéciales critiques qui mesurent les troubles de la pensée. Le FABCOM, un indice de combinaisons fabulées, se traduit par la mise en relation fantaisiste entre plusieurs objets au Rorschach. Cette cotation se classe selon deux niveaux (1 et 2) indiquant le niveau de perturbation de la pensée dans la réponse. Le niveau 1 indique un dérapage cognitif et le niveau 2 révèle, entre autres, la présence d'une transparence non plausible dans le percept (p.ex., je vois un cœur à travers un corps). Cette présente étude tient compte du FABCOM 2. La contamination, CONTAM montre une condensation de deux ou plusieurs images en un seul objet, sans que le participant en soit conscient. L'ensemble de la réponse devient étrange alors que les images prises séparément semblent acceptables. Exner (1995) obtient un accord interjuge se situant entre 93 et 99% pour les cotations spéciales.

#### *Questionnaire sur les passages à l'acte parasuicidaire*

Un questionnaire développé pour la recherche permet de vérifier la présence ou l'absence de comportements parasuicidaires (tentatives de suicide ou automutilations). Ce questionnaire fut administré afin de recueillir des informations concernant l'âge, la fréquence, la durée, les moyens utilisés, les hospitalisations et les séquelles physiques liées aux comportements parasuicidaires. D'autres passages à l'acte sont évalués également à l'intérieur du questionnaire (voir Appendice C).

## Déroulement

Tous les participants ont été rencontrés individuellement pour deux à trois entrevues semi-structurées. Ces entrevues d'une durée de deux à trois heures étaient enregistrées et suivaient la même procédure. L'administration des questionnaires débutait par le consentement libre et éclairé des participants, c'est-à-dire le consentement à la recherche, à l'autorisation d'enregistrement audio et à la consultation du dossier médical et psychologique du participant s'il y avait lieu. Ce consentement est présenté à l'Appendice D.

Le test du Rorschach fut administré afin d'évaluer la présence ou l'absence de mécanismes de défense, à l'aide du *Lerner Defense Scale* (LDS), et de la perte de limites du Moi selon les cotations spéciales critiques de Exner (1995). L'évaluation se poursuit avec la passation du SDID-I-P et du SCID-II. Le SCID-I-P débute par un entretien général permettant de recueillir des données socio-démographiques du participant tels que l'âge, le sexe, le statut civil, le niveau de scolarité et l'occupation. Le SCID-I-P permet d'établir le diagnostic sur l'axe I basé sur les critères du DSM-IV. Le SCID-II débute par un questionnaire que le participant doit remplir préalablement permettant d'évaluer si trois critères sont répondus positivement à un trouble de personnalité. L'évaluateur établit alors si le participant a obtenu le nombre spécifique de critères afin d'établir la présence ou non d'un trouble sur l'axe II.

Enfin, les entrevues se terminent par la passation du questionnaire portant sur les comportements parasuicidaires, à savoir la présence de tentatives de suicide ou d'automutilation.

Le Rorschach a été corrigé, d'une part, à l'aide de la grille du *Lerner Defense Scale* (LDS) afin d'évaluer la présence de mécanismes de défense chez les individus borderlines. Il fut corrigé, d'autre part, par le Système Intégré développé par Exner (1998) afin d'évaluer les cotations spéciales critiques (FABCOM et CONTAM). Le tiers des protocoles ont été vérifiés par un autre correcteur et un juge expert. Chaque correcteurs ont coté indépendamment les protocoles et le juge expert discutait des désaccords. Des accords interjuges de 92% ont été obtenus pour l'ensemble des variables, soient les mécanismes de défense et les indices de perte de limites du Moi.

### Analyses statistiques

Les données de cette recherche sont analysées à l'aide du logiciel SPSS. Des comparaisons de fréquence entre les individus borderlines présentant (n=16) ou non (n=19) des comportements parasuicidaires sont effectuées, à l'aide du Chi-Carré, selon les variables continues des mécanismes de défense et de la perte de limites du Moi.

## Résultats

Ce présent chapitre présente les résultats reliés à la comparaison entre les individus borderlines ayant présenté ou non des comportements parasuicidaires. Il se divise en deux parties : l'analyse des données et la présentation des résultats permettant de vérifier les hypothèses de recherche.

### Analyse des données

Dans un premier temps, le *Lerner Defense Scale* (LDS) fut appliqué afin d'observer la présence des mécanismes de défense suivants : clivage, dévalorisation (DV), idéalisation (I), identification projective (ProId), déni 1 (négation, intellectualisation, minimisation et répudiation), déni 2 et déni 3 et de leur niveau d'intensité (DV 1-5, I 1-5, Déni 1-3). Par la suite, la cotation des protocoles de Rorschach des participants présentant ou non des comportements parasuicidaires s'est effectuée à l'aide du Système Intégré de Exner (1998). Cette cotation a permis de vérifier la présence ou non des cotations spéciales critiques : le FABCOM 2 (avec ou sans transparence) et le CONTAM. Le Chi-Carré est utilisé afin d'effectuer une comparaison entre les individus borderlines présentant ou non des comportements parasuicidaires quant aux mécanismes de défense et de la perte de limites du Moi.

## Présentation des résultats

En premier lieu, la comparaison entre les individus borderlines présentant ou non des comportements parasuicidaires quant aux mécanismes de défense est présentée. Les hypothèses 1, 2 et 3 sont examinées à la lumière des résultats obtenus. Ensuite, la deuxième section présente les résultats reliés à l'hypothèse 4 concernant la relation entre les indices de pertes de limites du Moi (FABCOM 2 et CONTAM) au Rorschach et la présence ou l'absence de comportements parasuicidaires chez les individus borderlines.

### *Mécanismes de défense*

En lien avec l'hypothèse 1, le Tableau 4 présente la répartition des individus borderlines avec ou sans la présence de comportements parasuicidaires à l'égard des mécanismes de défense. Le test du Chi-Carré démontre qu'il n'existe aucune différence significative entre les groupes concernant le clivage ( $X^2(1, N=35) = 3.33, p > .05$ ) et l'identification projective ( $X^2(1, N=35) = .28, p > .05$ ).



Tableau 4

Relation entre les mécanismes de défense d'échelon inférieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines

Variables	Individus borderlines avec parasuicide		Individus borderlines sans parasuicide		X <sup>2</sup>	p
	(n= 16)		(n= 19)			
	n	%	n	%		
Clivage						
Oui	(7)	43.8	(3)	15.8		
Non	(9)	56.3	(16)	84.2	3.33	.07
ProId <sup>1</sup>						
Oui	(3)	18.8	(5)	26.3		
Non	(13)	81.3	(14)	73.7	.28	.60

Note<sup>1</sup>. ProId = Identification projective

Le Tableau 5 est relié à l'hypothèse 2 concernant les mécanismes de dévalorisation et d'idéalisation de niveau 1 et 2 et de déni 1. Les résultats montrent un plus grand nombre du mécanisme de dévalorisation de niveau 2 ( $X^2(1, N=35) = 3.84$ ,  $p < .05$ ) chez les individus borderlines avec comportements parasuicidaires. Ce résultat infirme l'hypothèse 2. En effet, 75 % (n=12) des individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires manifestent au moins un indice de dévalorisation de niveau 2 comparativement à 42.1% (n=8) chez ceux sans ces comportements. De plus, les groupes sont significativement différents à l'égard des mécanismes de déni 1 soit

l'intellectualisation et la minimisation. Les individus borderlines sans comportement parasuicidaire (84.2%) présentent davantage d'intellectualisation que les individus avec ces comportements (15.8%) ( $X^2 (1, N=35) = 4.71, p < .05$ ). Le mécanisme de minimisation se retrouve dans une proportion plus grande chez les individus borderlines ne présentant pas de comportement parasuicidaire (68.4%) que ceux qui en présentent (12.5%) ( $X^2 (1, N=35) = 11.09, p < .000$ ). Aucune autre différence significative n'a été observé entre les deux groupes quant aux mécanismes de dévalorisation de niveau 1 ( $X^2 (1, N=35) = 2.76, p > .05$ ), d'idéalisation de niveau 1 ( $X^2 (1, N=35) = .05, p > .05$ ) et de niveau 2 ( $X^2 (1, N=35) = 0.58, p > .45$ ) et de déni 1 (négation) ( $X^2 (1, N=35) = .57, p > .05$ ). Aucun des deux groupes n'a présenté d'indice de répudiation (déni 1). À la lumière des résultats, l'hypothèse 2 est confirmée en partie; les mécanismes de déni 1 (intellectualisation et minimisation) se retrouvent davantage chez les individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires.

Tableau 5

Relation entre les mécanismes de défense d'échelon supérieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines

Variables	Individus borderlines avec parasuicide (n= 16)		Individus borderlines sans parasuicide (n= 19)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
DV1						
Oui	(16)	100	(16)	84.2		
Non	(0)	0	(3)	15.8	2.76	.10
DV2						
Oui	(12)	75	(8)	42.1		
Non	(4)	25	(11)	57.9	3.84	.05*
I1						
Oui	(7)	43.8	(9)	47.4		
Non	(9)	56.3	(10)	52.6	.05	.83
I2						
Oui	(2)	12.5	(1)	5.3		
Non	(14)	87.5	(18)	94.7	.58	.45
Déni1 (Int)						
Oui	(8)	50	(16)	84.2		
Non	(8)	50	(3)	15.8	4.71	.03*
Déni1 (min)						
Oui	(2)	12.5	(13)	68.4		
Non	(14)	87.5	(6)	31.6	11.09	.00***
Déni1 (Nég)						
Oui	(4)	25	(7)	36.8		
Non	(12)	75	(12)	63.2	.57	.45

Note. \*p< .05, \*\*p< .00

Le Tableau 6 indique que le test du Chi-Carré démontre une différence significative entre les groupes à l'indice de dévalorisation (niveau 3). Le groupe des individus borderlines sans comportement parasuicidaire (84.2%) comprend plus d'individus répondant positivement au mécanisme de dévalorisation (niveau 3) que les individus présentant ces comportements (50%) ( $X^2 (1, N=35) = 4.71, p<.05$ ). Or, ces données vont dans le sens contraire des résultats attendus. De plus, les résultats révèlent que les mécanismes de dévalorisation de niveau 4 ( $X^2 (1, N=35) = 1.79, p>.05$ ) et de niveau 5 ( $X^2 (1, N=35) = 0.10, p>.05$ ), d'idéalisation de niveau 3 ( $X^2 (1, N=35) = .87, p>.05$ ), de déni de niveau 2 ( $X^2 (1, N=35) = 2.52, p>.05$ ) et de niveau 3 ( $X^2 (1, N=35) = 2.76, p>.05$ ) ne discriminent pas les deux groupes d'individus borderlines. L'hypothèse 3 est donc rejetée.

Tableau 6

Relation entre les mécanismes de défense d'échelon inférieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines

Variables	Individus borderlines avec parasuicide (n= 16)		Individus borderlines sans parasuicide (n= 19)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
DV3						
Oui	(8)	50	(16)	84.2		
Non	(8)	50	(3)	15.8	4.71	.03*
DV4						
Oui	(0)	0	(2)	10.5		
Non	(16)	100	(17)	89.5	1.79	.18
DV5						
Oui	(5)	31.3	(5)	26.3		
Non	(11)	68.8	(14)	73.7	0.10	.75
I3						
Oui	(0)	0	(1)	5.3		
Non	(16)	100	(18)	94.7	.87	.35
Déni 2						
Oui	(2)	12.5	(0)	0		
Non	(14)	87.5	(19)	100	2.52	.11
Déni 3						
Oui	(0)	0	(3)	15.8		
Non	(16)	100	(16)	84.2	2.76	.10

Note. \*p< .05

*Perte de limites du Moi*

Enfin, l'hypothèse 4, suggérant une différence entre les individus borderlines avec ou sans la présence de comportements parasuicidaires au niveau des indices de la perte de limites du Moi, est rejetée. Le FABCOM 2 avec transparence ( $X^2 (1, N=35) = 1.79, p>.05$ ) et sans transparence ( $X^2 (1, N=35) = 0.02, p>.05$ ) ne discrimine pas significativement les deux groupes d'individus borderlines (voir Tableau 7). De plus, l'indice du COMTAM est absent dans les deux groupes d'individus borderlines.

Tableau 7

Relation entre les indices de perte de limites du Moi au Rorschach et les comportements parasuicidaires des individus borderlines

Variables	Individus borderlines avec parasuicide (n= 16)		Individus borderlines sans parasuicide (n= 19)		$X^2$	p
	n	%	n	%		
Fabcom 2 (Sans transparence)						
Oui	(2)	12.5	(6)	31.6	1.79	.18
Non	(14)	87.5	(13)	68.4		
Fabcom 2 (Avec transparence)						
Oui	(1)	6.3	(1)	5.3	0.02	.90
Non	(15)	93.8	(18)	94.7		

## Discussion

L'objectif de cette étude était de comparer deux groupes d'individus borderlines présentant ou non des comportements parasuicidaires quant aux mécanismes de défense et à la perte de limites du Moi. Ce chapitre s'emploie à interpréter les résultats obtenus en fonction des hypothèses posées précédemment. Une première section vise à situer les résultats de la recherche, d'une part, avec les notions théoriques de Kernberg à propos du continuum psychopathologique de l'organisation borderline et d'autre part, avec les résultats des études antérieures. Ensuite, une deuxième section propose un regard sur les forces et limites de cette étude ainsi que sur les orientations futures pour les recherches à venir. Enfin, une dernière section pose une réflexion critique concernant l'arrimage entre les considérations théoriques, empiriques et cliniques de cette étude et de la recherche sur le trouble de personnalité borderline.

Le questionnement général et plus fondamental de cette recherche était de savoir s'il y a à l'intérieur du trouble de personnalité borderline, des sous-groupes reflétant un continuum psychopathologique. Plus précisément, si une différence peut s'observer à l'aide d'indices tels que les mécanismes de défense et la perte de limites du Moi en fonction des comportements parasuicidaires.

### Interprétation des résultats

Cette section débute par la présentation des hypothèses 1, 3 et 4. Ces hypothèses concernent la vérification d'un lien entre les mécanismes de défense de l'échelon



inférieur et les comportements parasuicidaires des individus borderlines et les indices d'une perte de limites du Moi en fonction de ces comportements. Deuxièmement, cette section se termine par une discussion entourant la confirmation de l'hypothèse 2 concernant les mécanismes de défense de l'échelon supérieur.

### *Mécanismes de défense: échelon inférieur*

Tout d'abord, les hypothèses 1 et 3 sont infirmées. L'ensemble des résultats se rapportant à ces hypothèses ne confirment pas les notions théoriques avancé par Kernberg (1997) à propos du continuum psychopathologique en lien avec l'échelon inférieur. Selon ces formulations, les individus limites qui manifestent une plus grande propension à l'agir et qui présentent des capacités moindres de mentalisation se situent à l'échelon inférieur (Léveillé, 2001). Ce dernier étant caractérisé par des manifestations de la faiblesse du Moi (Kernberg, 1997) s'associant au clivage, au déni, à l'idéalisation primitive, la dévaluation et à l'identification projective (Lerner, 1990).

De plus, les résultats de cette présente recherche ne concordent pas avec ceux de Apter et al., (1989) qui stipulent que plus les personnalités borderlines présentent des tendances suicidaires, plus elles manifestent du déni. Les résultats précédents s'apparentent à ceux de Cooper et al., (1988). Ces auteurs indiquent que le clivage, mécanisme central dans l'organisation défensive et situé à l'échelon inférieur, est corrélé positivement avec le trouble de personnalité borderline et avec la sous-échelle des

comportements d'autodestruction du *Borderline Personality Scale* (BPS-II). Malgré qu'ils soient non significatifs les résultats de cette présente recherche, reliés au mécanisme du clivage, concordent avec ces notions et ces résultats.

Cependant, plusieurs études démontrent que les individus borderlines, présentant ou non des comportements parasuicidaires, sont susceptibles de manifester des mécanismes de défense inadaptés tels que le clivage, la dévalorisation, l'idéalisation, les formes de projection et le déni. En effet, Bond, Paris et Zweig-Frank (1994) indiquent une présence plus élevée de mécanismes de défense tels que les acting-out, le retrait psychique, la projection, le clivage, l'omnipotence, la dévaluation et l'idéalisation primitive chez les individus borderlines que ceux ne présentant pas ce trouble. L'étude de Hilsenroth et al., (1993) révèlent des résultats semblables: les individus borderlines présentent un score significativement plus élevé de clivage, de dévaluation, d'idéalisation, d'identification projective et de déni que les troubles évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif. De son côté, Leichsenring (1999) a évalué les mécanismes de défense (clivage, identification projective, dévaluation et le déni) avec le *Lerner Defense Scale* (LDS). Il indique que les individus limites manifestent au moins, dans 50% des cas et plus, un indice de clivage, d'identification projective, de dévaluation et de déni.

Malgré qu'ils soient non significatifs sur le plan statistique, les résultats de cette recherche illustrent qu'une faible proportion d'individus borderlines présentant des comportements parasuicidaires manifestent des défenses de l'échelon inférieur. Ces

individus étaient recrutés à l'intérieur d'un groupe de thérapie limite. Cette thérapie peut avoir eu une influence sur leurs mécanismes de défense. Les individus borderlines participaient volontairement, ils présentaient possiblement un niveau plus élevé d'introspection et de mentalisation en dépit de leurs comportements parasuicidaires.

Par ailleurs, le *Lerner Defense Scale* (LDS) présente certaines limites. En effet, Carr (1987) se questionne sur la méthode de validation du LDS. Cet auteur mentionne que le groupe de Lerner a combiné les individus présentant un trouble de personnalité borderline et schizotypique sous la même appellation c'est-à-dire l'organisation borderline. Selon cet auteur, les indices de cotation afin d'évaluer les mécanismes de défense de l'échelon inférieur sont davantage reliés à la symptomatologie des individus schizotypiques. Ce questionnaire peut être une piste d'explication au faible pourcentage des mécanismes d'échelon inférieur et aux résultats non significatifs entre les deux groupes. D'autres instruments tel le *Defense Style Questionnaire* (DSQ) de Bond, Gardner, Christian et Sigal (1983) et le *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS) de Perry (1991) auraient pu être utilisés. Le DSQ est une échelle, en neuf point Likert, qui comprend 88 éléments reflétant quatre groupes de mécanismes de défense : les défenses immatures, borderlines, névrotiques et matures. Le DMRS est une échelle se basant sur les entrevues cliniques ou sur les suivis thérapeutiques enregistrés sur des bandes vidéo ou audio. Cette mesure comprend 28 mécanismes de défense ordonnés selon sept niveaux de sévérité. La comparaison des individus borderlines présentant ou non des

comportements parasuicidaires quant aux trois échelles: le LDS, le DSQ et le DMRS serait intéressante.

#### *Perte de limites du Moi et troubles de pensée au Rorschach*

En second lieu, les résultats obtenus à cette présente étude infirment l'hypothèse 4. Les troubles de pensée au Rorschach tels que le FABCOM 2 (avec ou sans transparence) et le COMTAM reflétant une perte de limites du Moi ne discriminent pas significativement les individus borderlines présentant ou non des comportements parasuicidaires.

Plusieurs explications peuvent être posées afin d'interpréter ce résultat. D'une part, les individus limites, présentant ou non des comportements parasuicidaires, se caractérisent par la confusion des limites entraînant et renforçant les mécanismes de défense archaïques (Kernberg, 1997). En effet, le manque de constance de l'objet interne et la menace perpétuelle de l'abandon provoque la présence d'affects incontrôlables et rend confus ce qui vient de l'autre et ce qui vient d'autrui. D'autre part, les individus présentant des comportements parasuicidaires font partie d'un groupe de thérapie. Celle-ci peut avoir eu un effet de *contenance* sur les individus, les aidant à tolérer les affects douloureux et à maintenir une épreuve de la réalité adéquate.

Les indices choisis afin d'évaluer la perte de limites du Moi furent le FABCOM et le CONTAM faisant partie des cotations spéciales critiques dans le système intégré d'Exner (1998). Ces indices s'avèrent non significatifs. Le FABCOM apparaît qu'en très faible proportion dans les deux groupes et aucun indice de CONTAM se retrouve ni dans un groupe ni dans l'autre. Ces cotations spéciales critiques au Rorschach sont les indices les plus sévères, du point de vue du dysfonctionnement de la pensée. Ils apparaissent donc quand l'épreuve de la réalité est menacée et lorsque que le niveau de psychopathologie est atteint sévèrement chez un individu. Par ailleurs, le test du Rorschach est une épreuve non structurée qui permet l'émergence des processus primaires (Laviolette, 1999). Ces processus primaires étant une des caractéristiques des individus limites (Kernberg, 1997), le Rorschach est susceptible de faire apparaître des troubles de la pensée chez tous les individus limites. Il est à noter qu'Exner (2002) a enlevé la cotation spéciale critique, le CONTAM du système intégré, en raison de la confusion et de la sévérité de la cotation.

D'autres indices peuvent être utilisés au Rorschach afin d'évaluer la perte de limites du Moi. Le F% et le F + % permettent d'observer comment l'individu est capable de percevoir un contour ou la forme aux objets afin de délimiter les frontières du dedans et du dehors traduisant la capacité de différencier ce qui vient du sujet et de son monde environnant (Chabert, 1983). De plus, les réponses *peau*, au Rorschach où le contenu se réfère à une enveloppe qui évoque une surface délimitante entre le dedans et le dehors

auraient pu être considérées. Ces réponses illustrent les formulations théoriques de Anzieu (1985) et ses travaux sur le Moi-peau.

Cette dernière hypothèse concernant les troubles de pensée en lien avec la perte de limites du Moi était une réflexion exploratoire. En effet, selon Kleiger (1999) les études sur les troubles de pensée se contredisent en plus d'être peu nombreuses.

#### *Mécanismes de défense : échelon supérieur*

L'hypothèse 2 concernait l'échelon supérieur et énonçait que les individus borderlines ne présentant pas de comportements parasuicidaires manifesteront davantage de mécanismes de défense de l'échelon inférieur tels que les niveaux moins sévères de dévalorisation, d'idéalisation et de déni (négation, intellectualisation, minimisation et répudiation).

Les résultats indiquent que l'hypothèse 2 est confirmée en majeure partie. L'échelon supérieur est caractérisé par le mécanisme de répression et il s'accompagne de mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation et des formes moins sévères de déni et de projection (Lerner, 1990). Cooper et al., (1988) obtiennent les résultats suivants : le mécanisme d'intellectualisation, considéré comme une défense plus adaptée est corrélé négativement avec les sous-échelles du trouble de personnalité borderline et avec la sous-échelle d'autodestruction. En effet, les individus de l'échelon supérieur se caractérisent

par une présence moins élevée d'impulsivité et d'agirs (Léveillé, 2001). Lors du passage à l'acte, les tensions psychiques sont évacuées dans l'agir, les mécanismes d'élaboration intellectuelle étant hors circuit (Kernberg, 1993). Cette présente étude démontre que les individus ne présentant pas de comportements parasuicidaires semblent être capables de se représenter la tension psychique, de tolérer les conflits internes et de mettre en mots les affects incontrôlables. Cette élaboration psychique se reflète dans le mécanisme de défense de l'échelon inférieur tel que le mécanisme d'intellectualisation.

#### Forces et limites

La seconde section de ce chapitre vise à décrire les forces et les limites de cette recherche, dite exploratoire. D'abord, une des forces de cette étude consiste à la présentation d'une évaluation globale des participants limites présentant ou non des comportements parasuicidaires. Cette évaluation approfondie enrichit la discussion clinique entourant les passages à l'acte parasuicidaire (tentatives de suicide ou automutilations) et les sous-groupes à l'intérieur de ce trouble de personnalité. À ce titre, Kernberg (1986) mentionne l'importance d'évaluer les patients à la fois d'un point de vue descriptif et psychodynamique, c'est-à-dire en regard des fonctions défensives prédominantes et des relations d'objet primitives.

En second lieu, tous les participants présentaient un trouble de personnalité borderline évalué par le SCID-II, construit à l'aide du DSM-IV qui s'apparente aux critères diagnostiques et symptomatiques de Kernberg concernant l'organisation limite.

Le pont entre la clinique et la recherche étant une considération essentielle dans cette étude.

De plus, une attention particulière fut portée à la procédure d'accords interjuges assurée pour l'évaluation des mécanismes de défense à l'aide du *Lerner Defense Scale* (LDS) et des indices de la perte de limites du Moi au Rorschach.

Une des limites importantes de l'étude est le nombre peu élevé de participants dans l'échantillon (N=35). Le recrutement de participants, pour une évaluation psychologique approfondie, dans les hôpitaux et les services psychiatriques qui présentent des comportements parasuicidaires fut difficile. L'échantillon est aussi caractérisé par son hétérogénéité. En effet, des différences notables sont remarquables dans les deux groupes; le statut civil, le niveau de scolarité et l'occupation. En plus, bien que l'ensemble des participants présentent un trouble de personnalité borderline, ceux-ci ont d'autres troubles sur l'axe I et II du DSM-IV (1996). Ces troubles concomitants ont peut-être joué un rôle dans les résultats obtenus. Or, ces variables non contrôlées font partie des contraintes et de la réalité de la recherche, dite clinique.

Enfin, tel que mentionné ci-dessus, l'évaluation et la distinction des comportements parasuicidaires demeurent discutables dans cette présente étude. La nature (tentatives de suicide ou automutilations), la gravité, la fréquence, l'intention suicidaire



sous-jacente et le délai entre les comportements parasuicidaires et le moment de l'évaluation sont des aspects ayant pu influencé les résultats.

Dans de futures recherches, il serait pertinent d'évaluer, d'une part, la gravité des comportements parasuicidaires avec des critères plus sévères (intention suicidaire, délai entre le comportement et l'évaluation, etc.). À ce sujet, l'ajout d'un questionnaire validé tel le SPS (Suicide Probability Scale; Cull & Gill, 1982, 1988) serait important. D'autre part, la comparaison des individus borderlines présentant des tentatives de suicide comparativement à ceux qui présentent seulement des automutilations serait intéressante. De plus, il serait pertinent de comparer les manifestations défensives des individus borderlines à l'aide de diverses grilles d'analyse. Enfin, la considération des événements de vie actuels et passés et des troubles concomitants sur l'axe I et II serait un atout important dans l'évaluation psychopathologique des individus borderlines.

### Réflexion critique

Dans les milieux d'intervention, particulièrement en ce qui concerne le trouble de personnalité borderline, les intervenants cherchent à distinguer à l'intérieur des gestes autodestructeurs; les tentatives de suicide et les automutilations. La fréquence des crises suicidaires des individus borderlines amènent les cliniciens à sous-estimer leurs intentions de mourir (Kjellander & al., 1998). Le même effort de distinction entre les différents passages à l'acte autodestructeur se fait aussi dans la recherche. Walsh et Rosen (1988) suggèrent de distinguer les tentatives de suicide des automutilations car ces

dernières n'entraînent généralement pas la mort malgré les blessures infligées. Plusieurs auteurs (Favazza, 1996; Suyenmoto, 1998) croient que l'automutilation est opposée complètement aux tentatives de suicide car celle-ci peut même être considérée comme un geste *anti-suicidaire* aidant la personne à se sentir mieux. Or, des études longitudinales sont nécessaires afin d'observer si l'automutilation représente un facteur de risque suicidaire (Soloff & al., 1994b). La distinction des gestes suicidaires et parasuicidaires pose un problème dans les recherches, ce qui complique la comparaison des études et la généralisation dans la clinique.

Les mécanismes de défense et les comportements parasuicidaires des individus borderlines font partie intégrante du processus thérapeutique. Une part importante du processus thérapeutique consiste à accroître les défenses adaptées et alors de porter une attention particulière aux mécanismes de défense inadaptés (Bond & al., 1994). Les défenses, dites matures, jouent un rôle important dans un fonctionnement global sain tandis que les défenses immatures sont associées à un niveau général bas de fonctionnement psychopathologique (Lingiardi & al., 1999). L'aménagement du cadre thérapeutique auprès de cette clientèle limite s'avère alors essentiel. Particulièrement, lorsque l'individu borderline présente un désordre affectif concomitant, des crises de colère et d'impulsivité, d'autres passages à l'acte autodestructeur et des menaces suicidaires persistantes (Kernberg, 1986). Ces caractéristiques cliniques démontrent l'existence de sous-groupes au sein du groupe de personnalité borderline. Les individus limites présentant des passages à l'acte autodestructeur ont plus de difficulté à tolérer et à

mentaliser leurs tensions et leurs souffrances sans diriger leur agressivité vers eux-mêmes (Kernberg, 1993).

L'évaluation globale d'un individu, tant sur le plan symptomatique que structurale a de nombreux avantages. Or, cette dernière représente un arrimage plus difficile sur le plan théorique, clinique et empirique. En effet, « du point de vue de la méthodologie de la recherche, il est plus facile et apparemment plus *objectif* de décomposer le comportement humain en fragments de manifestations comportementales, que d'étudier l'individu dans sa totalité » (Kernberg, 1989, p.46). La conjugaison d'efforts des milieux d'interventions et universitaires s'avèrent essentielle pour mener à bien un projet de recherche qui apportera des résultats cliniques essentiels au bien-être des participants.

## Conclusion

Cette recherche, dite exploratoire, a voulu distinguer les particularités intrapsychiques et cliniques des individus borderlines en fonction des comportements parasuicidaires. Les résultats de cette étude témoignent de l'existence de différences à l'intérieur du trouble de personnalité borderline. Les données démontrent que les individus limités n'ayant pas présenté de comportements parasuicidaires se caractérisent davantage par des mécanismes de défense d'échelon supérieur, principalement les mécanismes d'intellectualisation et de minimisation.

L'évaluation psychologique approfondie tant du point de vue descriptif que projectif a permis de poser une réflexion bien au delà des hypothèses soulevées. La poursuite d'études concernant l'existence de sous-groupes au sein de la pathologie borderline s'avère donc essentiel. Les recherches futures devraient par contre, porter une attention particulière à la distinction des comportements parasuicidaires c'est-à-dire aux tentatives de suicide et aux automutilations.

L'intervention tant individuelle que de groupe auprès de la clientèle borderline se développe considérablement. Il est donc important de regrouper les efforts tant du point de vue de la recherche, des apports théoriques que des considérations cliniques des milieux d'intervention.

## Références

- Association Américaine de Psychiatrie. (1996). DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.). (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Andreoli, A., Burnand, Y., Mühlebach, A., & Dogliotti, G. (1991). Évolution clinique des patients borderlines: Indications à retenir pour le choix et la conduite du traitement. *Médecine et Hygiène*, 49, 2368-2374.
- Anzieu, D., (1985). *Le moi peau*. Paris : Dunod.
- Apter, A., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., Brown, S., & Praag, H. van. (1989). Defence mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal Psychiatry*, 146(8), 1027-1031.
- Arntz, A. Van, Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M., & Sallaerts, S. (1995). The interrater reliability of a dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 85(5), 394-400.
- Balier, C. (1985). Réflexion sur le devenir des pulsions agressives. *Revue Française de Psychanalyse*, 49(2), 623-645.
- Barrash, A., Kroll, J., Carey, K., & Sines, L. (1983). Discriminating borderline personality disorder from other personality disorders : Cluster analysis of the diagnostic interview for borderlines. *Archive General Psychiatry*, 40, 1297-1302.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3e éd.). Paris : Dunod.
- Bond, M., Gardner, ST, Christian, J. & Sigal, JJ. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defence style and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 3, 28-31.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation of self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*, 152(12), 1788-1792.
- Bulik, C. M., Carpenter, L. L., Kupfer, D. J., & Frank, E. (1990). Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *Journal of Affective Disorders*, 18, 29-37.

- Carr, A.C. (1987). Borderline Defenses and Rorschach Responses: A critique of Lerner, Albert, and Walsh. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 349-354.
- Chabert, C. (1983). *Le rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod.
- Chabert, C., Brusset, B., & Brelet-Foulard, F. (1999). *Névroses et fonctionnements limites*. Paris : Dunod.
- Cooper, S. H., Perry, C. & Arnow, D. (1988). An empirical approach to the study of defence mechanism: I reliability and preliminary validity of the Rorschach defense scales. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 187-203.
- Couchard, F. (2000). Didier Anzieu et la découverte du moi-peau. *Bulletin de psychologie*, 53(6), 725-731.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG finding in the borderline syndrome. *Journal and Psychiatry and Medicine*, 15, 201-211.
- Cramer, P. (1999). Personality, Personality Disorders, and Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 67(3), 535-554.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1982, 1988). *Suicide Probability Scale (SPS)*. Manuel. Los Angeles: Wertern Psychological Services.
- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Doron, J. (1987). Les modifications de l'enveloppe psychique dans le travail créateur. Dans D. Anzieu, *Les enveloppes psychiques* (pp.181-198). Paris : Dunod.
- Doron, J. (2000). Variations sur le penser bien tempéré. *Bulletin de psychologie*, 53(6), 749-753.
- Edell, W.S. (1987). Role of structure in disordered thinking in borderline and schizophrenic disorders. *Journal of Personality Assesment*, 51(1), 23-41.
- Exner, J. (1986). Some Rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 455-471.
- Exner, J. (1995). *Le Rorschach: un système intégré. Théorie et pratique*. Paris: Frison-Roche.
- Exner, J. (1998). *Manuel de cotation du Rorschach* (3e éd). Paris : Frison-roche.



- Exner, J. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach* (4e éd.). Paris: Frison-roche.
- Favazza, A.R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2e éd.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Federn, P. (1952). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : Presses Universitaires de France.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV : Patient edition (SCID-P). New-York: American Psychiatric Press. Traduction française par L. Bordeleau, Québec : Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL).
- Fischnaller, M., & Opgenoorth, P. (1985). Quantification of regressive thinking by use of the Rorschach test. *Psychopathology*, 18, 29-37.
- Gacono, C. B., Meloy, R. J., & Berg, J. L. (1992). Objet relation defensive operations and affective states in Narcissistic, Borderline and Antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assesment*, 59(1), 32-49.
- Gartner, J., Hurt, S.W., & Gartner, A. (1989). Psychological test signs of borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Journal of Personality Assessment*, 53(3), 423-441.
- Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide. *Archive of General Psychiatry*, 48, 418-422.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, C. R. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego-functions*. New-York: Basic Book.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline Personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Harris, D. (1993). The prevalence of thought disorder in personality-disordered outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 61(1), 112-120.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 50, 134-137.
- Hilsenroth, M., Hibbard, S., Nash, M., & Handler, L. (1993). A Rorschach study of narcissism defense and aggression in borderline, narcissic and Cluster C personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 346-361.

- Høglend, P., & Perry, C. (1998). Defensive Functioning Predicts Improvement in Major Depressive Episodes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(4), 238-243.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 428-433.
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kernberg, O. (1986). Les tendances suicidaires chez les états-limites. Diagnostic et maniement clinique. Dans R. Kaës & D. Anzieu (Éds), *Narcissisme et états-limites* (pp.147-161). Paris: Dunod.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. (1993). Suicidal behavior in borderline patients : diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*, 47(2), 245-254.
- Kernberg, O. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat Éditeur.
- Kjellander, C., Bonger, B., & King, A. (1998). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Crisis*, 19(3), 125-135.
- Kleiger, J.H. (1999). *Disordered thinking and the Rorschach: theory, research and differential diagnosis*. New Jersey: The Analytic Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse* (11e éd.). Paris : Presses Universitaire de France.
- Laviolette, L. (1999). *Les caractéristiques intrapsychiques des sujets présentant un trouble de la personnalité limite en fonction du passage à l'acte suicidaire*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Leblanc, M. (1996). *Guide de pharmacologie psychiatrique*. Montréal : Les éditions logiques.

- Lefebvre, J. (2001). *Comparaison d'individus limites avec et sans trouble de personnalité limite quant aux indices de troubles de la pensée au Rorschach*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Leichsenring, F. (1999). Primitive defence mechanisms in schizophrenics and borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 229-236.
- Lerner, H., Albert, C., & Walsh, M. (1987). The Rorschach assessment of borderline defenses: A concurrent validity study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 334-348.
- Lerner, H., Sugarman, A., & Gaughran, J. (1981). Borderline and schizophrenic patients : A comparative study of defensive structure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 705-711.
- Lerner, P., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. Dans J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner & A. Sugarman (Éds), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test* (pp. 257-274). New-York : International Universities Press.
- Lerner, P. (1990). Rorschach assessment of primitive defenses: A review. *Journal of Personality Assessment*, 54, 30-46.
- Lerner, P. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. The London analytic press.
- Lesage, A. (1994). Troubles mentaux et suicide. *Santé Mentale au Québec*, 19(2), 7-14.
- Léveillé, S. (2001). Étude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéroagressifs quant aux indices de mentalisation au Rorschach. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(3), 53-64.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense Mechanisms and Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 224-228.
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., Reekum, R. van, & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: Consequence of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(1), 9-14.
- Marcelli, D. (1981). *Les états limites en psychiatrie*. Paris : Presses Universitaires de France.

- McGlashan, T. H. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective disorder: Long-term effects of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 467-473.
- Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris : Masson.
- Morelle, C. (1995). *Le corps blessé: Automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris: Masson.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 8-9.
- Patrick, J., & Wolfe, B. (1983). Rorschach presentation of borderline personality disorder: primary process manifestations. *Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 442-447.
- Perron-Borelli, M. & Perron, R. (1987). Dialectique du fantasme et de l'action. *Revue Française de Psychanalyse*, 51(2), 567-637.
- Perry, J.C., & Klerman, G.L. (1978). The borderline patient: A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Archives of General Psychiatry*, 35, 141-150.
- Perry, J.C. (1991). *Defense Mechanisms Rating Scale*. Boston: Cambridge Hospital-Harvard Medical School.
- Sammallahti, M.A., & Aalberg, V. (1995). Defense Style in Personality Disorders. A Empirical Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 516-521.
- Schaffer, C.B., Carroll, J., & Abramowitz, S. (1982). Self-Mutilation and the Borderline Personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 468-473.
- Shearer, S. L., Peters, P., Quaytman, M.S., & Wadman, B.E. (1987). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424-1427.
- Silver, D., & Cardish, R. (1991). *BPD outcome studies: Psychotherapy implications presented at the American Psychiatric Association*. New Orleans.
- Singer, M.S., & Larson, D.G. (1981). Borderline personality and the Rorschach test. *Archives of General Psychiatry*, 38, 693-698.

- Soloff, H. P., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994a). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*(9), 1316-1323.
- Soloff, H. P., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994b). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline disorder. *Journal of Personality Disorders*, *8*(4), 257-267.
- Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients. Successful outcome and psychiatric practice*. New York : The Guilford Press.
- Stone, M. (1994). Characterologic subtypes of the borderline personality disorders. With a note on pronostic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, *17*(4), 773-784.
- Suyenmoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*(5), 531-554.
- Sztulman, H., Pezous, A. M., Auby, P. H., & Moron, P. (1993). Limites de vie, limites de mort. Dans AFPEP (Éds), *Les états-limites* (pp. 72-102). Paris : Fidakly.
- Wagner, A., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topograph of parasuicide among woman borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, *8*(1), 1-9.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New-York: Guilford Press.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorders. Dans M. Helsen, R.T. Ammerman, & L. Sisson (Éds), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 305-322). New-York : Plenum Press.
- Widlöcher, D. (1994). *Traité de psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Widiger, T. A., & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. Dans A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Éds), *Review of psychiatry* (Vol. 8) (pp. 8-24). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J. Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rousaville, B., & Wittchen, H. U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 630-636.

## Appendices

## Appendice A

Mécanismes de défense

## Mécanismes de défense

### *Mécanismes de défense d'échelon inférieur*

#### Idéalisation :

L'idéalisation primitive se manifeste par la tendance à percevoir les objets externes comme totalement bons. Cette représentation irréaliste protège l'individu limite contre les mauvais objets et, ainsi, empêche la contamination d'une possible agressivité ressentie ou de celle projetée sur l'objet externe. Cet objet idéal contient alors des éléments d'omnipotence qui comblent les besoins narcissiques du patient (Kernberg, 1989).

#### Dévalorisation:

Le mécanisme de dévalorisation est en fait la répercussion du mécanisme d'idéalisation. L'objet externe est dévalorisé s'il n'est plus source de satisfaction et s'il est l'objet de frustrations à des besoins non comblés. L'individu, qui utilise le mécanisme de dévalorisation, cherche à déprécier, ternir et diminuer l'importance de l'objet afin que celui-ci ne soit plus une source d'envie (Lerner, 1991).

#### Identification projective:

Les formes archaïques de projection, principalement l'identification projective, caractérisent l'organisation limite. L'identification projective est semblable au mécanisme de projection en ce sens que la pulsion agressive et la représentation de soi et de l'objet,



totale­ment mauvaise, sont projetées à l'extérieur. Toutefois, elle se distingue de la projection par le fait que l'individu continue à ressentir les éléments indésirables même s'ils sont projetés. L'objet externe devient alors un objet menaçant que l'individu doit contrôler et contre lequel il doit se défendre. L'identification projective a pour conséquence d'affaiblir les frontières du Moi en raison de l'intensité de la pulsion projetée et de la faiblesse du Moi déjà existante. Cette défense supprime la communication différenciatrice avec l'objet, réduisant ainsi l'état de détresse et de dépendance (Chabert & al., 1999).

Déni:

Le déni est un mécanisme connexe au clivage et il le renforce. L'individu peut prendre conscience de la présence de ses états contradictoires (bon/mauvais) à propos de ses sentiments, ses pensées ou ses comportements face à un objet externe sans que cette perception n'affecte la nature de ses sentiments. À l'inverse, l'individu peut dénier ses sentiments présents en revenant à l'état du Moi contraire. Tout compte fait, le patient peut admettre avoir une connaissance intellectuelle mais ne parvient jamais à l'intégrer à son expérience affective.

#### *Mécanisme de défense d'échelon supérieur*

Répression:

La répression est décrite telle une « opération psychique qui tend à faire disparaître de la conscience un contenu déplaisant ou inopportun: idée, affect, etc. » (Laplanche et Pontalis, 1988, p. 419).

#### Intellectualisation:

L'intellectualisation est un « processus par lequel le sujet cherche à donner une formulation discursive à ses conflits et à ses émotions de façon à les maîtriser » (Laplanche et Pontalis, 1988, p. 204). Selon ces auteurs, ce mécanisme est surtout désigné dans la littérature pour désigner une forme de résistance à l'intérieur d'un processus thérapeutique afin de tenir à distance et de neutraliser les affects.

#### Rationalisation:

La rationalisation est un « procédé par lequel le sujet cherche à donner une explication cohérente du point de vue logique, ou acceptable du point de vue morale, à une attitude, une action, une idée, un sentiment, etc. » (Laplanche et Pontalis, 1988, p.387).

#### Négation:

La négation est un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne » (Laplanche et Pontalis, 1988, p.112). La négation fait partie des mécanismes entourant le déni basé sur un degré minimum de distortion de la réalité (Lerner, 1991).

Appendice B

*Lerner Defense Scale (LDS)*

## Indice de cotation du *Lerner Defense Scale* (LDS)

### *Mécanismes de défense*

Le clivage:

- A. Un percept humain est décrit selon les termes d'une dimension affective spécifique et non-ambivalente. Suit immédiatement un autre percept humain dans lequel la description affective est opposée à celle de la réponse précédente.
- B. Dans la description d'une figure humaine entière, une distinction claire des parties est faite. Une partie de la figure est vue comme étant opposée à l'autre.
- C. Deux figures distinctes peuvent être incluses dans une réponse et ces figures sont décrites d'une façon opposée.
- D. Une figure implicitement idéalisée est ternie ou gâchée par l'ajout d'une ou plusieurs caractéristiques ou bien une figure implicitement dévalorisée est mise en valeur par l'ajout d'une ou plusieurs caractéristiques.

La dévalorisation:

- A. Niveau 1: La dimension humaine est retenue. Il n'y a pas de distance dans le temps ou dans l'espace. Lorsque la figure est décrite négativement, elle est faite d'une façon civilisée; selon des termes socialement acceptables.
- B. Niveau 2: La dimension humaine est retenue. Il y a ou non une distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite négativement selon des termes impudiques et socialement inacceptables. Cette cote inclut aussi des figures humaines avec des parties manquantes.
- C. Niveau 3: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distortion de la forme humaine. Il y a une mise à distance ou non dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite négativement dans des termes socialement acceptables. Cette cote inclut les percepts de clown, de fée, d'hommes primitifs, de sorcières, de démon et de figures surnaturelles.
- D. Niveau 4: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite négativement dans des termes socialement inacceptables.

- E. Niveau 5 : La dimension humaine n'est pas retenue. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes neutres ou négatifs. Cette cote inclut des animaux, les mannequins, les robots, les créatures avec quelques caractéristiques humaines, etc.

#### L'idéalisation:

- A. Niveau 1: La dimension humaine est retenue. Il n'y a pas de mise à distance dans le temps ou l'espace. La figure est décrite positivement, mais pas d'une façon excessive.
- B. Niveau 2: La dimension humaine est retenue. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes positifs excessifs et impudiques.
- C. Niveau 3: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il peut y avoir ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite positivement dans des termes modérés. Cette cote inclut les objets de renommé, d'adoration ou des figures d'autorité.
- D. Niveau 4: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il peut y avoir ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite positivement d'une façon impudique et excessive.
- E. Niveau 5: La dimension humaine est perdue et il doit y avoir dans la distorsion une mise en valeur de l'identité. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes neutres ou positifs. Cette cote inclut les figures ayant un statut grandiose, les géants, les surhommes, les figures de l'espace ayant un pouvoir naturel, les anges et les idoles. Les percepts moitié humains, dans lesquels la partie non humaine ajoute une apparence ou du pouvoir à la figure, sont également inclus.

#### L'identification projective:

- A. Des réponses impliquant des figures humaines dans lesquelles la qualité formelle est (-). Le percept est enjolivé avec des associations au point que les propriétés réelles de la tâche sont ignorées et remplacées par des éléments fantaisistes et affectifs. Plus spécifiquement, les associations impliquent un matériel ayant une signification agressive ou sexuelle.
- B. Des réponses dans lesquelles la figure est décrite comme agressive ou ayant été agressée.

Le déni:

A. Déni 1:

1. Négation: La réponse ou un aspect de celle-ci est introduite négativement.
2. Intellectualisation: La charge affective est réduite dans la réponse par une présentation technique, scientifique, littérale ou intellectuelle.
3. Minimisation: La pulsion est inclut dans la réponse, mais elle est réduite et non-menaçante. Cette cotation inclut ; changer une figure humaine en une caricature ou une figure de dessin animé.
4. Répudiation: Les réponses sont retirées ou le participant nie avoir donné ces réponses.

B. Déni 2: La réponse inclut une contradiction qui concerne la réalité, la logique ou les affects.

C. Déni 3: Une réponse acceptable est rendue inacceptable soit en ajoutant quelque chose qui n'était pas là ou soit en ne tenant pas compte d'un aspect qui peut être clairement vu. Ce niveau inclut des réponses dans lesquelles des descriptions incompatibles sont données.

Appendice C

Questionnaire sur les passages à l'acte

**1. Avez-vous déjà fait une ou des tentatives de suicide?**

Oui                      Non

Si oui, décrire chacune des tentatives de suicide (informations: âge, moyens utilisés, hospitalisations médicales ou psychiatriques nécessaires, séquelles physiques)

De la plus récente à la plus ancienne.

A. Âge: \_\_\_\_\_

Moyens utilisés: \_\_\_\_\_

Hospitalisations (psychologique ou médicale): \_\_\_\_\_

Séquelles physiques: \_\_\_\_\_

Est-ce que vous en avez parlé à quelqu'un de votre intention de vous suicider ?

À qui? \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Moyens utilisés: \_\_\_\_\_

Hospitalisations (psychologique ou médicale): \_\_\_\_\_

Séquelles physiques: \_\_\_\_\_

Est-ce que vous en avez parlé à quelqu'un de votre intention de vous suicider ?

À qui? \_\_\_\_\_

Nombre de tentatives de suicide:    Dernier mois: \_\_\_\_\_

Dans toute votre vie: \_\_\_\_\_

Lors de votre dernière tentative de suicide, aviez-vous consacré du temps dans la préparation de votre mort ? (testament, pré-arrangements funéraires, lettre explicative, etc.)

---

---

---



**2. Avez-vous déjà eu (vécu) des idées suicidaires (idéations suicidaires), sans être passé à l'acte? (Âge, durée, hospitalisations nécessaires, fréquence).**

A. Âge: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

**3. Avez-vous déjà fait des automutilations ?**

Si oui, décrire:

1. Âge: \_\_\_\_\_

Fréquence/Durée: \_\_\_\_\_

Moyens utilisés: \_\_\_\_\_

Hospitalisations: \_\_\_\_\_

Séquelles physiques: \_\_\_\_\_

2. Âge: \_\_\_\_\_

Fréquence/Durée: \_\_\_\_\_

Moyens utilisés: \_\_\_\_\_

Hospitalisations: \_\_\_\_\_

Séquelles physiques: \_\_\_\_\_

**4. Avez-vous déjà subi de la violence sexuelle (incluant des attouchements)?**

Oui

Non

Si oui, décrire (à savoir: qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

**5. Avez-vous déjà subi de la violence physique?**

Oui

Non

Si oui, décrire (à savoir: qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

**6. Avez-vous déjà subi de la violence verbale (humiliation, injures, etc.)?**

Oui

Non

Si oui, décrire (à savoir: qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agresseur: \_\_\_\_\_

Durée: \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

**7. Avez-vous déjà été témoin de violence?**

Oui                      Non

A. Âge: \_\_\_\_\_

Qui?: \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Qui?: \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

**8. Avez-vous déjà subi un abandon / une séparation (ex.: séparation des parents, décès, placements en famille d'accueil,...) ?**

A. Type (décès, séparation) ? : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Qui?    Père                      Mère                      Autre                      : \_\_\_\_\_

Substitut (ex. adoption, placement en famille d'accueil):

Oui Non

Qui? \_\_\_\_\_

B. Type (décès, séparation) ? : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Qui? Père Mère Autre : \_\_\_\_\_

Substitut (ex. adoption, placement en famille d'accueil):

Oui Non

Qui? \_\_\_\_\_

**9. Vous êtes-vous déjà battus ou avez-vous battu quelqu'un dans votre vie?**

Oui Non

Précisez le nombre : \_\_\_\_\_

Décrire de la plus récente à la plus ancienne. (Si trop d'événements – 13 et + –  
demander la pire et la plus récente; pour le autres, nommer le type)

A. Âge: \_\_\_\_\_

Avec qui?: \_\_\_\_\_

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intoxication (alcool / drogue): \_\_\_\_\_

Blessures infligées (hospitalisation): \_\_\_\_\_

B. Âge: \_\_\_\_\_

Avec qui?: \_\_\_\_\_

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intoxication (alcool / drogue): \_\_\_\_\_

Blessures infligées (hospitalisation): \_\_\_\_\_

**10. Avez-vous déjà brisé un objet sous le coup de la colère?**

Oui                      Non

Quel objet et combien de fois l'année ? \_\_\_\_\_

**11. En conclusion, avez-vous des commentaires à faire concernant cette entrevue?**

---

---

---

---

Appendice D

Formulaires de consentement

Université du Québec à Trois-Rivières  
Département de psychologie  
Case postale 500, Trois-Rivières (Québec)  
G9A 5H7  
(819) 376-5011, poste 3519

### **Projet de recherche**

Un projet de collaboration entre la clinique externe de psychiatrie (Ste-Thérèse) et Madame Suzanne Léveillé, Ph. D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été mis sur pied. Ce projet de recherche vise à mieux connaître et à mieux servir la clientèle demandant des services de soins psychologiques et psychiatriques.

À cet effet, nous sollicitons votre collaboration qui consiste à participer à des entrevues qui permettra une évaluation psychologique approfondie. Ces entrevues seront menées par Marie-Ève Paquet-Blouin étudiante à la maîtrise et formée à cette fin et sous la responsabilité de Madame Suzanne Léveillé. Il est à noter que les informations recueillies lors de cette entrevue seront traitées de façon anonyme et confidentielle.

### **Formule de consentement**

Ayant pris connaissance des conditions de la recherche, j'accepte d'y participer. Il est entendu que je peux révoquer cette autorisation en tout temps sans que les services qui me sont dispensés en soient affectés.

**J'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoin

### **Autorisation de consultation de dossiers**

Dans le cadre de la recherche menée en collaboration entre l'UQTR et la clinique externe de psychiatrie (Ste-Thérèse), j'autorise le professeur Suzanne Léveillé ainsi que son assistante, Marie-Ève Paquet-Blouin à consulter mes dossiers (autant celui de l'interne que de l'externe). Les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Il est entendu que je peux révoquer cette autorisation en tout temps.

**J'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoin

### **Autorisation d'enregistrement**

Dans le cadre de la recherche menée en collaboration entre l'UQTR et la clinique externe de psychiatrie (Ste-Thérèse), j'autorise Marie-Ève Paquet-Blouin à enregistrer la partie de l'entrevue qui sera effectuée à l'aide des questionnaires de recherche. Ces données seront traitées avec la plus grande confidentialité.

**J'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoin