

LES ÉTATS LIMITES

COURS IFSI DE PSYCHIATRIE

Aspect historique

1769 : Cullen : névroses.
1845 : Esquirol : psychose.
1883 : Kraepelin : forme atténuée de schizophrénie.
1884 : Hugues : état frontière de la folie.
1885 : Kalhbaum : héboïdophrénie.
1911 : Bleuler : schizophrénie latente.
1949 : Eisenstein : border lines / états limites.

Définition

La limite ou la bordure : état limite.

Groupe de personnalité dont la structure ne serait ni névrotique, ni psychotique, mais se situerait entre ces 2 champs, en raison d'un arrêt du développement libidinal sous l'effet d'un traumatisme désorganisateur survenu à la période anale.

Libido : énergie fondamentale de l'être vivant qui se manifeste par la sexualité. Freud l'appelle « l'instinct de vie » (Éros) et l'oppose à 'l'instinct de mort » : autodestruction. A ce niveau, il y a un trouble ou un traumatisme désorganisateur. (Stade anal : 2/3 ans).

Ce traumatisme a pour conséquence d'empêcher la confrontation du moi à la problématique oedipienne et de faire entrer l'enfant dans une pseudo latence précoce qui aboutit à un aménagement libidinal caractériel, instable et + ou - durable. Cet aménagement libidinal constitue le tronc commun des états limites caractérisés par une relation d'objet **anaclitique** (carence affective, besoin d'amour).

Le besoin d'affection de ces sujets est immense et insatiable. Il rend compte d'un comportement particulier de **séduction** qui vise à prévenir un risque important de dépression.

Sujet qui se montre facilement hyperactif et se veut disponible.

Il peut paraître hyper adapté.

Relation d'objet :

Névrose : génitale : problématique oedipienne.

Psychose : fusionnelle : rapport à l'identité de l'autre.

État limite : anaclitique : de l'ordre de l'affection.

Clinique

Angoisse

symptômes les plus spécifiques :

Psychose : angoisse de morcellement.

État limite : angoisse d'abandon.

Le patient limite est une personne angoissée : permanence d'angoisse qui empêche toute adéquation entre le sujet et l'objet. L'angoisse est diffuse et fréquente.

Elle envahit le patient avec facilité. Elle est une menace potentielle et permanente

symptômes d'apparence névrotique

phobies : aspect multiple et changeant.

Idées obsédantes : obsession caractérisée par une apparente absence de lutte.

Symptôme hystérique : conversion multiple et changeante bizarre.

Symptôme hypochondriaque : préoccupation exagérée de ce qui est la santé.

Dépression

Conduite symptomatique en raison de sa fréquence. L'élément central de l'organisation structurelle : formes graves ou légères.

Échec de défense contre l'angoisse d'abandon. Point de vue psychanalytique.

État de colère intense, rage froide, ralentissement psychomoteur, risque suicidaire, passage à l'acte très grand : risque évolutif majeur.

Passage à l'acte et conduites anti-sociales

Très rencontré chez un patient état limite : change de travail souvent, instabilité.

Importance de l'agressivité. Passage à l'acte sous forme de fugue, conduite délinquante, conduite sexuelle impulsive et chaotique : prostitution.

Élément caractéristique : au moment du passage à l'acte, le patient est en accord avec sa conduite P manque de jugement critique pendant le passage à l'acte, apparence de lucidité une fois l'acte passé, critique l'acte après.

Relation de dépendance

Drogue, alcoolisme : fréquent chez l'état limite. Cherche la relation de dépendance dans un contexte impulsif mais répété.

Conduites sexuelles déviantes

On constate un aspect impulsif, chaotique, imprévisible. Alternance homo, hétéro, sado masochiste.

Épisode psychiatrique aigu

Le plus souvent aux urgences psychiatriques : état d'angoisse isolé ou épisode quasi confusionnel, idées délirantes non élaborées, tentatives de suicide graves et répétées.

Étude psychopathologique

Mécanismes de défense:

Le patient limite recourt très facilement au mécanisme de défense : on le définit comme un ensemble d'opération de pensées permettant au moi de maintenir les tensions internes à un niveau acceptable engendrant un minimum de déplaisirs.

Le clivage

Le plus souvent utilisé par les patients limites, on parle aussi de « clivage du moi ». Il

faut le comprendre dans le sens de la séparation du bon et du mauvais objet. Le clivage sépare le bon du mauvais pour que le bon ne soit pas détruit par le mauvais.
Cliniquement : existence d'un monde où d'un côté tout est bon et de l'autre tout est mauvais. On passe sans transition de la haine à l'amour & défense contre une angoisse extrême. Il peut aussi ignorer un secteur complet de sa vie (sentimentale, familiale, professionnel).

L'idéalisation

Porte autant sur l'objet que sur soi.
Cliniquement : se caractérise par l'établissement d'une relation où l'autre possède tous les mérites, toutes les qualités : il ne présente aucun défaut. Il peut y avoir surestimation alors qu'inconsciemment il y a des sentiments hostiles.

L'identification projective

Traduit la nécessité d'expulsion sur l'extérieur des mauvaises images de soi ou de l'objet que le patient ne peut intérioriser.
Parfois, il y a confusion entre ce qui est interne et ce qui est externe. Il n'y a plus de limite entre les valeurs qui lui sont propres et celles des autres.

Le déni, l'impotence, la dévalorisation

Refus d'admettre la représentation d'un objet ou d'une chose. Maintien hors du champ de la Conscience un type d'expérience ou une qualité relationnelle incompatible avec l'état dans lequel le patient se trouve actuellement.

L'omnipotence ou la dévalorisation : conséquence possible de l'idéalisation ou l'identification projective.

La mise en acte

Passage à l'acte très facilement : ce mécanisme peut s'analyser soit dans sa dimension réelle comme conduite symptomatique, soit comme véritable opération défensive à l'égard des concepts ou des affects.

Il permet d'évacuer sur l'extérieur la réalité psychique interne avant que la relation mentalisée à l'objet ou au soi ait pu se développer de manière satisfaisante.

Mécanisme efficace qui évite l'expression de la souffrance et dont il tire une certaine satisfaction.

Hypothèses théoriques

Hypothèse à prédominance structurelle

Elles sont surtout fournies par le travail de Bergeret : description psychopathologique des états limites. Il utilise l'existence de 2 lignées : psychotique et névrotique.

Hypothèse à prédominance dynamique

Diatkine : pédopsychiatrie. Pas de structure mentale qui s'exclue l'une l'autre mais un équilibre dynamique et passage possible de l'une à l'autre. Utilisation en alternative entre processus primaire (psychose) et secondaire (névrose).

État limite = lieu de passage entre névrose et psychose.

Hypothèse à prédominance génétique et dynamique

Pas de preuve.

Concept purement heuristique

1. Qui favorise la découverte (de faits, de théories). Méthode heuristique.
2. HIST Relatif à la collecte des documents.

La construction théorique n'est qu'une manière déguisée de classer de façon nosographique les théories.