

Université de Montréal

Les dynamiques relationnelles chez les femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité : implications dans la genèse des difficultés interpersonnelles

Par

Caroline Côté

École de Service social
Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en Service social

Mai, 2005

©Caroline Côté, 2005



HV

13

V54

2005

V.005

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les dynamiques relationnelles chez les femmes qui présentent une
organisation limite de la personnalité : implications dans la genèse
des difficultés interpersonnelles

Présenté par :

Caroline Côté

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

président-rapporteur
Pauline Morissette

directeur de recherche
Lourdes Rodriguez Del Barrio

membre du jury
Louise Blais

Résumé

Ce mémoire a pour objectif premièrement, d'apporter un nouvel éclairage sur l'expérience relationnelle des femmes qui vivent avec le diagnostic de l'organisation limite de la personnalité. Deuxièmement, d'identifier les points d'ancrage du changement dans la trajectoire de demande d'aide et le rôle joué par les relations amoureuses à ce niveau. Enfin, de dégager des conséquences pour l'intervention sociale. Ainsi, d'une part, une revue documentaire a permis d'effectuer un survol historique sur les aspects théoriques de la problématique. D'autre part, 10 femmes ont participé à des entretiens approfondis au sujet de leur univers relationnel. Ensuite, l'analyse des entretiens, inspirée de la théorie des relations d'objets, a permis de mettre en évidence, dans un premier temps, les différentes représentations de l'objet au sein des relations significatives et les difficultés relationnelles générales ayant trait plus particulièrement à l'ambivalence dans le rapport à l'autre. Dans un deuxième temps, il s'agissait d'identifier les sphères de conflits que sont les relations familiales, les relations amoureuses et les relations de travail. Enfin, l'analyse des entretiens concernant la trajectoire de demande d'aide et l'utilisation des services a contribué à susciter une réflexion critique sur l'intervention sociale auprès de cette clientèle.

Mots clés : Organisation limite de la personnalité, théorie des relations d'objets, représentations de l'objet, sphères de conflits, ambivalence, trajectoire de demande d'aide.

Abstract

The purpose of this dissertation is first, to shed new light on the relationships of women living with borderline personality organization, and second, to identify the anchor points of change in the help-seeking process and the role played by romantic relationships in this respect, and to pinpoint consequences for social intervention. To this end, a review of the literature provided a historical overview of the theoretical aspects of the problem, and ten women participated in in-depth interviews about their relationships with others. These interviews were subsequently analyzed according to object relations theory. The analyses first highlighted the various object representations among the women's significant relationships, as well as general relationship problems connected, in particular, with ambivalence toward others. Second, the analyses identified the conflict spheres of family, romantic and work relationships. Finally, the analysis of the interviews with respect to the help-seeking process and the use of services initiated a critical thought process on social intervention among this clientele.

Key words: Borderline personality organisation, object relations theory, object representations, conflict spheres, ambivalence, help seeking process

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Introduction générale : sujet d'étude et objectifs de la recherche....	1
Sujet d'étude	3
Objectifs de la recherche	6
PARTIE I : ÉMERGENCE ET ÉVOLUTION DU CONCEPT.....	10
Introduction aux aspects théoriques	10
CHAPITRE I : Le mouvement psychiatrique.....	13
1.1 Le trouble limite : état à la limite de la schizophrénie	14
1.1.1 Démence et délire.....	14
1.1.2 Cyclothymie et schizothymie.....	16
1.1.3 Schizoses, schizomanie et schizonévrose	17
1.1.4 Personnalité psychotique	18
1.2 Le trouble limite : état à la limite des troubles affectifs	19
1.3 La conception du trouble de la personnalité limite du DSM	21
CHAPITRE II : Mouvement psychanalytique.....	24
2.1 Faiblesses du moi et modulation émotionnelle	25
2.2 Le faux-soi et l'espace symbolique	26
2.3 Relations objectales ambivalentes	27
2.4 Classification de Grinker et al.	28
2.5 Approche structurelle	28
2.5.1 Kernberg et l'organisation limite de la personnalité	29
2.5.2 Bergeret et l'état limite comme astructuration.....	31
2.6 Harold Searles et la jalousie	33
CHAPITRE III : Études étiologiques et approches de traitement...35	
3.1 Modèles et approches du courant psychiatrique	36
3.1.1 Modèles biologiques.....	37
3.1.2 Modèles neuropsychologiques	38
3.1.3 Modèles de la psychologie cognitive.....	39
3.1.4 Modèle dialectique-comportemental de Linehan.....	41
3.1.5 Modèle basé sur les facteurs prédisposant.....	43
3.1.6 Modèle bio-psychosocial	46

3.2 Modèles et approches du courant psychanalytique	47
3.2.1. Modèle basé sur la théorie de l'attachement.....	48
3.2.2 Modèle basé sur la faculté de permanence de l'objet.....	50
3.2.3 Modèle développemental	51
CHAPITRE IV : Les pathologies des relations d'objets internalisés dans l'organisation limite de la personnalité.....	55
4.1 Organisation limite de la personnalité	56
4.2 Relations d'objets internalisées	57
4.3 Relations amoureuses dans l'organisation limite de la personnalité 61	
 PARTIE II : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE.....	64
Introduction au processus de recherche	64
CHAPITRE V : Méthodologie.....	65
5.1 Échantillon	66
5.2 Cueillette et constitution des données	67
5.3 Analyse des données	67
5.4 Objectifs et résultats attendus	68
CHAPITRE VI : Les représentations de l'objet et les difficultés relationnelles générales.....	69
6.1 Trajectoires de vie	69
6.2 Représentations de l'objet	72
6.2.1 Le sauveur	74
6.2.2 L'accompagnateur	75
6.2.3 Le co-équipier dans un rapport d'entraide.....	75
6.2.4 Représentation du parent idéalisé.....	76
6.3 Ambivalence dans la relation objectale	80
6.3.1 Contrôle et évitement	80
6.3.2 Faiblesses du moi	81
6.3.3 Affirmation de soi	82
6.3.4 Peur du rejet et hypersensibilité	82
CHAPITRE VII : Les sphères de conflits relationnels.....	85
7.1 Relations familiales	85
7.1.1 Figure paternelle.....	86
7.1.2 Figure maternelle.....	86
7.1.3 Les relations avec la fratrie	88
7.1.4 Relation mère-enfant	90
7.2 Relations de couple	93
7.2.1 Contrôle	94
7.2.2 Fragilité de l'estime de soi.....	95
7.2.3 Peur de l'intimité	96

7.2.4 Dépendance.....	97
7.2.5 Abandon et suicide.....	99
7.2.6 La jalousie.....	100
7.2.7 Exigences élevées.....	101
7.2.8 Violence.....	102
7.2.9 Les relations amoureuses comme source de motivation au changement.....	104
7.3 Relation avec le monde du travail.....	106
7.3.1 Difficultés d'intégration en milieu de travail.....	106
7.3.2 Contexte d'autorité.....	107
7.3.3 Instabilité émotionnelle.....	108
7.3.4 Affirmation de soi.....	110
CHAPITRE VIII : Trajectoire de demande d'aide.....	112
8.1 Origines de l'organisation limite de la personnalité selon les participantes.....	112
8.1.1 Milieu Familial.....	112
8.1.2 Antécédents d'abus sexuels.....	113
8.2 Description de l'organisation limite de la personnalité.....	114
8.3 Interventions aidantes et changements.....	117
8.3.1 Programme cognitif-comportemental et thérapie de la réalité.....	117
8.3.2 Médication.....	119
8.3.3 Approche de groupe.....	119
8.3.4 Travail d'acceptation.....	120
8.3.5 Espace thérapeutique.....	121
8.3.6 Responsabilisation dans le processus de changement.....	122
Conclusion.....	123
CHAPITRE IX : Discussion et implication pour la pratique.....	125
9.1 Discussion.....	126
9.1.1 Les représentations de l'objet et l'ambivalence dans le lien à l'autre	126
9.1.2 Les sphères de conflits dans les relations d'objets.....	128
9.2 Implications pour la pratique et limites de la recherche.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	133

Les dynamiques relationnelles chez les femmes adultes qui
présentent une organisation limite de la personnalité:
implication dans la genèse des difficultés interpersonnelles

Introduction générale : sujet d'étude et objectifs de la recherche

Depuis le tout début du XX^e siècle, dans le domaine de la psychologie humaine, le terme de personnalité prend la place des appellations diverses telles que «caractère» et «tempérament» pour se définir, selon l'OSM (1992), par des schémas établis de pensées, sentiments et comportements qui caractérisent le style de vie et les stratégies d'adaptation propre à un individu. Ils résultent de facteurs constitutionnels, développementaux et du vécu social. La personnalité, c'est donc ce qui contribue à l'individualité d'une personne, ce qui la rend unique, originale et particulière.

Par ailleurs, la personnalité qui se définit selon le DSM-IV, par: «la présence de modèles durables de perceptions, de relations et de pensées vis-à-vis de l'environnement et de soi-même qui se manifestent dans des contextes sociaux et personnels extrêmement variés», constituera un trouble de la personnalité lorsque les traits qui la compose sont rigides et inadaptés et qu'ils sont la cause d'une altération fonctionnelle ou d'une détresse subjective importante (DSM-IV, 1994).

Plus précisément, le DSM-IV propose 6 critères généraux qui permettent la différenciation entre la personnalité normale et pathologique: « 1) les traits représentent une déviation importante par rapport à ce que la culture à laquelle appartient l'individu attend de lui et ils se manifestent dans au moins deux des quatre domaines suivants: cognition, affectivité, relations interpersonnelles, contrôle des impulsions; 2) les traits de personnalité doivent être rigides et se manifester dans de nombreuses situations; 3) ils conduisent à une détresse et à des perturbations dans les relations sociales et professionnelles; 4) le « pattern » est stable et peut être retracé depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte; 5) ils ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique et; 6) ils ne résultent pas d'un état de dépendance, d'un abus de substance ou d'une condition médicale » (DSM-IV, 1994). Dans cette définition générale du trouble de la personnalité, on constate facilement l'ampleur avec laquelle ces troubles font obstacles à l'intégration sociale des individus qui en souffrent, ne serait-ce que lorsqu'on fait mention de la présence d'une déviation des traits de personnalité de l'individu par rapport aux normes de sa société d'appartenance.

Il s'agit d'une psychopathologie qui implique alors la marginalisation de plusieurs individus puisque selon un rapport sur les maladies mentales au Canada (2002), des données américaines affirment qu'il y aurait de 6% à 9% de la population générale qui souffrent d'un trouble de la personnalité (Santé Canada, 2002).

Sujet d'étude

Parmi les différents troubles de la personnalité, on retrouve plus spécifiquement le trouble de la personnalité limite qui sera le sujet central de ce mémoire. Brièvement, à titre descriptif, il se manifeste, avant tout par l'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec la présence d'impulsivité marquée qui se manifeste entre autres, sous forme de comportements auto-destructeurs (DSM-IV, 1994). D'entrée de jeu, la problématique du trouble de la personnalité limite suscite un intérêt certain au moment même où l'on tente de le nommer et de le définir, ce qui en fait, par ailleurs le sujet d'une polémique clinique encore inachevée. En ce sens, plus que pour tous les autres troubles de la personnalité, le trouble limite implique une forme de marginalisation puisque ce diagnostic se situe lui-même en marge, échappant aux classifications classiques de la sémiologie psychopathologique traditionnelle.

Ce trouble particulier touche environ 2% de la population générale (deux fois plus de femmes que d'hommes) et représente une problématique sévère ayant pour conséquences des difficultés d'intégration sociale majeures qui sont plus considérables que pour les autres troubles de la personnalité (Féline, Guelfi, Hardy; 2002).

Les recherches de Skodol et Carroll ont démontré que le fonctionnement social des individus atteints du trouble de la personnalité limite se retrouvait plus compromis que pour les autres troubles de personnalité (Skodol & coll.,

2002: Caroll & coll.,1998). Une autre étude qui abonde dans le même sens suggère que les conséquences interpersonnelles du trouble de la personnalité limite sont plus négatives que celles associées à un trouble de la personnalité narcissique qui se caractérise par la présence du sentiment d'être une personne spéciale et extraordinaire et d'un besoin impérieux d'admiration de la part de l'entourage pour lequel en contrepartie, il y a absence d'empathie (Caroll &al., 1998).

Les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite semblent errer dans la vie, sans fil conducteur, ce qui peut conduire l'individu à se questionner sur l'envie de vivre dans un état de solitude sans fin. La question du suicide et des comportements auto-destructeurs donne un sens à la souffrance suscitée par un état d'errance en soi et vis-à-vis le monde extérieur. Il est aussi possible de comparer, en quelque sorte, la personnalité d'un individu à une forme de «carte de visite» car c'est avec sa personnalité qu'il entre en contact avec son entourage. Comment envisager de s'identifier à quelqu'un, de se présenter à l'autre, lorsqu'on s'évertue à se trouver une identité bien intégrée. Le trouble de la personnalité limite pourrait symboliser le mal-être de la société actuelle à la recherche de son identité propre à travers la transgression des règles et valeurs établies, à travers le recours à des moyens de plus en plus extrêmes, souvent destructeurs, pour se sentir exister. De ces faits, il constitue un problème social qui parle, par le biais du vécu individuel, de la désorganisation plus large d'une société en mutation, en recherche de définitions, de structures claires et solides.

Le trouble de la personnalité limite pourrait être qualifié de la «maladie du lien» en ce sens que l'être humain est un être social; la définition de ce trouble est par conséquent, au cœur même de la question de l'adaptation à la société et du fonctionnement social. Comme intervenants sociaux dont la profession a pour objet la maximisation du potentiel d'intégration sociale de nos clients, les difficultés de ces personnes provoquent une réflexion nécessaire à propos de nos approches et des objectifs de nos interventions. D'ailleurs, l'intérêt de la recherche pour ce sujet provient essentiellement du bouleversement des repères de l'intervention qu'il provoque.

L'intervention sociale auprès du client limite présente des défis de taille. Ces clients jonglent régulièrement avec le suicide (idéations et gestes), ils sont impulsifs et font souvent des passages à l'acte. Ils oscillent entre deux attitudes polarisées devant le thérapeute qu'ils idéalisent ou dévalorisent. Du côté du thérapeute, les réactions émotives et contre-transférentielles sont intenses et difficiles à gérer. Le client pourra susciter chez le thérapeute soit le fantasme du «sauveur», la réaction de mépris, le sentiment de colère ou encore, la peur des poursuites judiciaires (Cousineau, 1996).

J'ajouterai aux facteurs mentionnés précédemment, le sentiment d'impuissance vécu par les thérapeutes qui, après diverses tentatives d'intervention par l'utilisation de méthodes des plus diversifiées, arrivent à des résultats décevants.

Objectifs de la recherche

Bien que le diagnostic du trouble de la personnalité limite suppose, par définition, la présence d'un fonctionnement interpersonnel inadapté, caractérisé par la présence de relations instables et intenses, d'un attachement de type insécurisant, de représentations hostiles de leur entourage et de leurs relations, il existe encore peu d'études qui s'intéressent aux conséquences de la symptomatologie du trouble limite sur le fonctionnement interpersonnel de ces clients au niveau de leurs relations intimes (Daley, Burge, Hammen ; 2000).

Cette étude vise à combler cette lacune et portera essentiellement sur l'univers relationnel des femmes atteintes d'un trouble de la personnalité limite. Nous choisissons celui des femmes, en raison du fait qu'elles souffrent de ce trouble deux fois plus que les hommes et qu'elles représentent par conséquent, une grande proportion de notre clientèle.

La réalité des femmes qui présentent un trouble de la personnalité limite reflète un niveau de souffrance considérable relié entre autre, à leurs difficultés à maintenir une relation intime saine. Fréquemment, il advient que la relation se dégrade au point de devenir un lieu de violence. Peu de recherches abordent cette question de front et peu de programmes d'intervention ciblent de façon particulière la problématique des relations conjugales. Pourtant, la relation de couple demeure une relation dans laquelle l'individu remet en scène les modèles d'interactions qu'il a connu dès le début de son existence dans le contexte

de la relation précoce avec la figure maternelle. La place occupée par la vie amoureuse dans l'histoire de ces femmes apparaît souvent comme primordiale. Dans ce contexte, la relation de couple peut être un espace constituant un levier vers des changements significatifs au niveau de leurs dynamiques relationnelles. Par conséquent, un intérêt doit être porté à cette sphère de la réalité des femmes qui présentent un trouble de la personnalité limite.

En somme, ce travail de recherche de type qualitatif aura pour objectifs :

1) D'approfondir la connaissance et permettre une meilleure compréhension de l'expérience des femmes qui présentent une organisation limite à travers l'analyse de leurs dynamiques relationnelles; 2) d'identifier les points d'ancre du changement dans la trajectoire de demande d'aide et le rôle joué par les relations amoureuses à ce niveau; 3) de dégager des conséquences pour l'intervention sociale.

Afin d'atteindre ces objectifs, premièrement, une revue documentaire a été réalisée permettant de retracer le processus de conceptualisation du trouble limite à travers l'exploration de son histoire et de son évolution selon les courants psychiatriques et psychanalytiques. Cette première étape qui compose les deux premiers chapitres, apparaît essentielle dans la mesure où elle servira de base à partir de laquelle s'articuleront les éléments nécessaires à l'approfondissement de la compréhension du trouble de la personnalité limite.

Ensuite, la mise en parallèle de diverses perspectives étiologiques et des modèles d'intervention dans un troisième chapitre a permis l'élaboration du cadre théorique. Il a été inspiré de la théorie des relations d'objet développée par des psychanalystes provenant de l'école américaine tels que Mélanie Klein, Edith Jacobson et Otto Kernberg. Dans l'objectif d'approfondir la connaissance et la compréhension des dynamiques relationnelles des femmes touchées par le trouble de la personnalité limite, l'angle de la théorie des relations d'objets élaborée dans un quatrième chapitre, permettra de mieux saisir les processus psychodynamiques liés aux difficultés relationnelles de ces femmes et de cerner dans toute sa complexité la nature profonde et ambiguë de ce trouble. De plus, la théorie des relations d'objets met directement l'emphase sur ce qui constitue le sujet central de cette étude, le lien à l'autre, le lien social.

Deuxièmement, une recherche qualitative a été réalisée par le biais d'entrevues approfondies ayant pour objet l'ensemble des expériences relationnelles des femmes qui présentent un trouble de la personnalité limite. La méthodologie qualitative permet l'approfondissement de la connaissance des processus relationnels du point de vue des participantes et sera présentée dans un cinquième chapitre. L'analyse du contenu de ces entrevues aura permis d'exposer les enjeux relationnels au sein desquels co-existent des sources de changements possibles. L'analyse des dynamiques relationnelles se subdivise en trois chapitres dont un premier qui décrit les différents visages que représentent les personnes significatives dans la vie des femmes interrogées qui correspondent aux représentations de l'objet (représentation de l'autre) et les difficultés relationnelles en général. Un deuxième chapitre d'analyse présente

de façon plus spécifique les sphères conflictuelles avec l'objet (l'autre) et un troisième chapitre porte sur la trajectoire de demande d'aide des participantes.

Cette deuxième partie se termine par une discussion générale sur les réflexions apportées par l'analyse des entrevues et sur les conséquences possibles pour l'intervention sociale.

PARTIE I : ÉMERGENCE ET ÉVOLUTION DU CONCEPT

Introduction aux aspects théoriques

Le concept de trouble de la personnalité limite apparaît central dans le cadre de ce projet de recherche, il est donc impératif d'en faire une explication et une définition précise qui puisse refléter la nature de l'analyse qui se retrouvera tout au long de ce travail de recherche.

Multiplés sont les théories concernant le diagnostic fort controversé qu'est celui du trouble de la personnalité limite, qui a d'ailleurs passé à travers d'innombrables appellations avant d'obtenir cette dernière. On peut alors supposer qu'il y ait autant de définitions que d'écoles de pensée. Les approches biologiques, cognitives, comportementales, psychanalytiques ont toutes tenté de cerner, définir et d'expliquer le développement de ce que l'on nomme aujourd'hui le trouble de la personnalité limite.

Dans la mesure où ce mémoire est essentiellement animé par le désir de parvenir à une connaissance approfondie de la problématique du trouble de la personnalité limite, les deux premiers chapitres de cette première partie ont pour but de décrire les fondements théoriques qui sous-tendent le processus de conceptualisation de cette entité clinique caractérisée par sa complexité et son polymorphisme. Ce survol historique vise à présenter les assises théoriques qui

ont contribué à la compréhension d'une réalité humaine empreinte par la souffrance du lien à l'autre et à partir desquelles se sont inspirées les théories étiologiques et les approches d'intervention.

Deux mouvements convergents ont donné lieu, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, à l'émergence du concept nosologique des états limites. D'une part, les travaux des psychiatres dans la première moitié du XX^e siècle ont abouti au repérage clinique d'un ensemble de patients qui se situaient aux frontières des registres nosologiques décrits alors et qui ne pouvaient être considérés comme «normaux». Le courant psychiatrique a centré ses efforts sur l'identification des caractéristiques qui servent à décrire le trouble de la personnalité limite. Ce travail de conceptualisation a permis l'identification objective des éléments observables qui se manifestent à travers la souffrance de ces individus. Le courant psychiatrique a répondu aux questions: c'est quoi cette « limite »? Où elle se situe? Que désigne finalement, l'expression « état limite »?

D'autre part, dans la deuxième moitié du siècle, les psychanalystes ont prolongé ces travaux et ont tenté, au-delà d'éléments cliniques évocateurs des états limites, de dégager des constantes psychopathologiques chez un sujet limite concernant l'intégration du moi, certains modes de défense privilégiés et le rapport à la réalité. Ces élaborations théoriques devaient permettre la caractérisation plus précise des états limites et un réaménagement de la cure analytique. Le courant psychanalytique a mis l'accent sur les enjeux relationnels de la structure psychique particulière à l'organisation limite de la personnalité en

posant un regard plus insistant sur la pathologie du lien et de façon plus large, sur l'aspect de l'intégration sociale de ces individus. Ce courant théorique a répondu à la question du « comment ? ». Comment s'inscrit cette psychopathologie de l'organisation limite de la personnalité dans l'existence des individus qui en sont touchés? Comment cette pathologie intervient dans l'articulation des rapports sociaux de ces personnes?

Ce survol historique sert en quelque sorte, de préambule à une transition vers la question de l'intervention auprès des individus qui présentent un trouble de la personnalité limite. Il apparaît pertinent de parvenir à une compréhension adéquate du phénomène avant qu'il devienne un sujet d'intervention. Ceci dit, ce regard posé sur les deux mouvements principaux qui sous-tendent l'émergence du concept du trouble limite permet de mieux saisir la nature de leurs préoccupations respectives desquelles découlent les théories étiologiques et les approches d'intervention. Les divergences au sujet de la définition même du problème expliquent aussi la raison d'être de la multitude de modèles qui seront exposés dans le troisième chapitre et de mieux justifier la sélection du cadre théorique qui sera élaboré dans le dernier chapitre de cette première partie.

CHAPITRE I

LE MOUVEMENT PSYCHIATRIQUE

Le premier mouvement est né de la recherche nosographique psychiatrique, qui s'est heurté dans ses explorations sur la schizophrénie. Les chercheurs ont tenté de nommer le trouble limite en introduisant la référence à des personnalités pathologiques (schizoïdie, personnalité schizoïde, schizotypique, narcissique, dépressive) et à l'observation de signes cliniques qui n'appartenaient pas aux trois registres classiques d'alors: névrose, psychose, perversion.

Les psychiatres franco-germaniques, au cours de leurs études sur la schizophrénie, ont effectué des recherches sur l'histoire des patients, pour dépister les prémices de la pathologie actuelle. Ils ont isolé à plusieurs reprises des tableaux cliniques qui, par leurs aspects ou leurs évolutions se situaient à la limite des cadres nosologiques établis. Si la première partie des travaux sur la conceptualisation du trouble limite a mis l'emphase sur les similitudes avec le tableau clinique de la schizophrénie, la seconde s'oriente davantage vers la mise en évidence de caractéristiques qui appartiennent à la classification des troubles affectifs. En ce sens, les recherches effectuées ont d'une certaine façon suivi le courant global de la psychiatrie qui a centré ses intérêts autour des troubles schizophréniques et de l'émergence des traitements pharmacologiques par les neuroleptiques pour ensuite se diriger vers les troubles affectifs tels que, la dépression et le trouble bipolaire, avec l'explosion des antidépresseurs et du lithium.

1.1 Le trouble de la personnalité limite: état à la limite de la schizophrénie

L'historique du concept du trouble de la personnalité nous renvoie, dans un premier temps, aux écrits orientés vers la classification et la description des troubles schizophréniques.

1.1.1 Démence et délire

Ainsi, entre 1885 et 1890, dans un effort de classification plus recherché, Kahlbaum distingue d'une part, les *héboïdophrénies* (un terme qui était utilisé pour décrire une forme héréditaire et chronique de schizophrénie caractérisée par le changement insidieux de la personnalité, par des processus illogiques de pensée et des agirs bizarres, des états de désillusions et des hallucinations), et d'autre part, les «*démences précoces*» par leur propension à la délinquance et la prévalence de troubles du comportement de type caractériel, sans évolution dégénérative (Kahlbaum, 1863).

Magnan, en 1893, évoque en France les «*délires curables*» ou «*la bouffée délirante*» qui se traduit par : « un état psychopathologique aigu avec l'apparition brutale d'un délire très riche tant par ses thèmes que ses expressions ». On le qualifie de curable parce que les symptômes disparaissent en quelques jours (Magan, 1960). L'intérêt de Magnan se situe donc davantage du côté du délire et de ce qu'on pourrait identifier actuellement comme les états psychotiques transitoires que l'on peut retrouver dans la symptomatologie du

trouble de la personnalité limite en terme d'épisode de dissociation sévère (DSM-IV, 1994).

À la même époque, Kraepelin décrit des formes atténuées de démence précoce. C'est dans la cinquième édition de son traité intitulé «*Dementia Praecox and Paraphrenia*» qui parut en 1896 que le psychiatre allemand applique le terme démence précoce à un groupe de maladies qui débutent à l'adolescence et progressent vers la démence. Il retient, pour la première fois comme critère fondamental, l'évolution de la maladie. Il s'agit d'une condition dégénérative. Il considère la démence précoce comme une maladie unique pouvant se présenter sous trois formes cliniques: hétéphrénique, catatonique et paranoïde (Kraepelin, 1907). Alors, contrairement à Magnan, Kraepelin s'interroge sur la nature durable et évolutive du phénomène schizophrénique auquel il donne l'appellation de démence précoce. De plus, il introduit la possibilité de repérer différents tableaux cliniques d'une même maladie.

Dans ce qui a été mentionné précédemment, on retient que les auteurs tentent essentiellement de définir et de classifier le trouble schizophrénique versus ce qui est de l'ordre de la démence organique. On constate que ce qui est prédominant dans les critères de classification des troubles réfère principalement aux processus de la pensée, au contact avec la réalité et au caractère évolutif de la maladie.

1.1.2 Cyclothymie et schizothymie

En 1927, Kretschmer, toujours dans un souci de classification nosologique, partage les individus dits «normaux» en deux catégories opposées basées surtout sur le critère de l'humeur: les *cyclothymes* et les *schizothymes*. L'humeur du *cyclothyme* est labile et syntone. Les individus qui possèdent cette constitution psychique se tournent vers l'extérieur, ils sont extravertis, sociables, réalistes et sont capables d'adaptation. Leur humeur évolue par phases dont les changements, le plus souvent déclenchés par le milieu, se font brusquement. Au contraire, le *schizothyme* est un individu d'apparence froide et réservée, mais bien souvent profondément hypersensible. Il est sérieux, distant, tourné vers son monde intérieur, peu sociable, axé sur la réflexion. Il est timide. Son humeur présente des oscillations contradictoires, fréquemment simultanées.

La *cyclothymie* et la *schizothymie* sont des types psychologiques normaux. À un degré de plus, ils deviennent les types *cycloïdes* et *schizoïdes*, qui montrent, pour les premiers, l'accentuation des cycles de l'humeur et des paroxysmes d'excitation, et pour les seconds, une froideur et un désintérêt de plus en plus grand envers le monde extérieur et la réalité. Au-delà encore sont réalisés des états pathologiques, la *cyclophrénie* (correspondant à la psychose maniaco-dépressive avec sa succession d'humeurs maniaques et mélancoliques), et la *schizophrénie*, toutes deux représentants de graves maladies mentales caractérisées par une tendance à l'intériorisation et par la plupart de

leurs traits relevant, pour E. Kretschmer, de la constitution mentale schizoïde (Kretschmer, 1927).

Ainsi, les deux premières catégories de Kretschmer décrivent des profils d'individus en fonction de la modulation de l'humeur et de la propension à interagir avec l'environnement. Il introduit alors d'autres éléments qui viennent enrichir la construction de catégories nosologiques qui se détachent dans un premier temps des critères reliés davantage aux troubles d'allure schizo-phrénique. L'évolution de ces catégories à travers l'exacerbation de leurs traits primaires nous amène certainement vers des états plus près de la schizophrénie mais qu'il décrit d'emblée comme deux types de «personnalité», de «caractère» provenant de l'observation de l'individu dit «normal». Aussi, la notion de l'adaptation sociale reliée à la présence de processus psychiques particuliers intervient de façon plus claire dans les écrits de Kretschmer alors qu'il en est moins question dans les recherches précédentes.

1.1.3 Schizoses, schizomanie et schizonévrose

À la même époque, Claude et Laforgue (1925) décrivent les *schizoses* et la *schizomanie*, qu'ils situent entre les névroses et les psychoses. La névrose intervient donc en second lieu dans la littérature psychiatrique en terme de frontière nosologique. Ils semblent utiliser le terme névrose en référence au maintien du contact avec la réalité ou d'un état de gravité qui soit plus modéré. Le critère du contact avec la réalité réapparaît au premier plan dans la classification de ces auteurs. Ils rassemblent dans le groupe des schizoses une série d'états caractérisés par une dissociation plus ou moins sévère des diverses

fonctions psychiques. Par ordre croissant de gravité au sein du groupe des schizoses, Claude et Laforgue distinguent la schizoïdie, la schizomanie et enfin la schizophrénie.

Claude et Laforgue (1937) proposeront en 1939 le concept de *schizo-névrose*, développé également par Ey en 1955, qui est caractérisé par la coexistence de comportements névrotiques polymorphes (hystérique, obsessionnel, psychopathique) et de décompensations psychotiques aiguës (déli-rantes ou discordantes). Ceci introduit le mouvement entre les frontières névrotiques et psychotiques de façon plus explicite. On y perçoit aussi l'inclusion de caractéristiques qui ne se réfèrent pas uniquement à la question de la préservation du contact avec la réalité.

1.1.4 Personnalité psychotique

Frosch (1964) a suggéré le terme de « personnalité psychotique ». Il a contribué au diagnostic différentiel entre le trouble de la personnalité limite et celui de la psychose. Il a pu observer que malgré le fait que les patients limites pouvaient présenter des perturbations dans leur rapport à la réalité et dans la façon dont ils la ressentent, le contact avec la réalité était préservé contrairement aux patients qui ont des réactions psychotiques. Dans certaines conditions, les patients peuvent montrer une psychose passagère, mais il pensait également qu'il était possible que certains passent toute leur vie sans développer de psychose.

Frosch se démarque de ses prédécesseurs car il fait référence à la présence d'une entité clinique définie ou un syndrome caractérisé par des fonctions du Moi spécifiques qui interviennent dans la relation à la réalité, aux autres objets, ainsi qu'aux autres structures psychiques. Cet auteur introduit aussi le terme de personnalité que les autres travaux n'ont pas mis en évidence.

Il est donc question d'une multitude de termes désignant des états frontières de la nosologie, dont la description clinique s'accorde avec celle actuelle des états limites en terme de tableaux cliniques des plus diversifiés, mais qui ne parviennent pas franchement à se détacher du groupe des psychoses. Le recours aux critères du contact avec la réalité et de l'altération des processus de pensée a servi à tracer la ligne entre les troubles schizophréniques et le trouble limite dans les premiers efforts de classification nosologique.

1.2 Le trouble limite : état à la limite des troubles affectifs

Une autre série de travaux situe les troubles de la personnalité davantage en parallèle avec la nosologie des troubles affectifs. Klein et Davis (1969) décrivent la dysphorie chronique (état de malaise persistant) et la labilité affective (états affectifs changeants) présentes dans les troubles dépressifs mais qui s'appliquent aussi aux troubles limites.

Stone (1980, 1981) situe ce trouble comme une variété de désordres affectifs de l'axe I en terme de caractéristiques cliniques, d'histoire familiale, de réponses au traitement et de marqueurs biologiques. Il suggère trois sous-

catégories de trouble limite: une reliée à la schizophrénie, une seconde reliée aux troubles affectifs et une troisième reliée aux troubles organiques du cerveau.

La description du trouble limite se rapporte alors à la sous-catégorie des troubles affectifs: la rage, le sentiment de vide, état de dépression chronique, le suicide, l'auto-mutilation, labilité affective. Bien que ces éléments demeurent présents dans la nosologie actuelle, la littérature re-questionne la position théorique de certaines recherches selon laquelle le trouble limite se situerait dans la sous-catégorie des troubles affectifs (Gunderson & Elliott, 1985). En effet, les caractéristiques affectives du trouble limite se distinguent de celles des troubles affectifs par leur fluctuation rapide.

En somme, le tableau clinique de l'état limite pose successivement la question de son appartenance au registre des dépressions, de la psychose, de la névrose (hystérique, d'angoisse, phobique, obsessionnelle), des personnalités pathologiques (histrionique, schizotypique, paranoïaque, narcissique, anti-sociale, dépendante). On peut donc aboutir au diagnostic après une errance nosologique, ce qui revient à définir l'état limite par ce qu'il n'est pas: ni une névrose, ni une psychose, ni une perversion, ni un trouble de la personnalité classique, ni un état dépressif typique. Ceci nous conduit à cerner le concept de l'extérieur, de manière extrinsèque, mais ne permet pas de saisir la réalité même de ce concept. On risque d'aboutir à une catégorie diagnostique par défaut, à la limite du « nosographiable », soumis à la subjectivité du clinicien, un fourre-tout, sans homogénéité.

1.3 La conception du trouble de la personnalité limite du DSM

Grinker (1968) et ses collègues ont fait le premier effort de description du trouble limite à partir d'investigations empiriques afin d'arriver à la création d'un tableau clinique représentant les caractéristiques communes des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite. C'est dans cette ligne de pensée que des travaux ultérieurs donneront lieu à l'émergence de l'entité clinique du trouble de la personnalité limite qui fera son apparition dans le Manuel Statistique Diagnostic. Ce sera avec la publication de la troisième version, soit le DSM-III en 1980, que le trouble de la personnalité limite deviendra une entité diagnostique basée sur une description systématique de l'observation de caractéristiques cliniques. Le concept du trouble de la personnalité limite demeure donc relativement récent dans le champ de la psychopathologie.

La construction de l'entité diagnostique du trouble de la personnalité limite comme celles des autres troubles de la personnalité, s'est fondée plus spécifiquement sur une approche objective-descriptive visant l'énumération de critères observables et selon une grille composée des domaines cliniques de la personnalité permettant de définir des prototypes de personnalité. Ces domaines font référence aux différents aspects du fonctionnement d'un individu, notamment: les comportements observables, le type de relation avec autrui, le style cognitif, les mécanismes de régulation, l'humeur et le tempérament, l'image de soi, les représentations d'objets et les mécanismes de défenses et d'adaptation (Millon, 1990). Il s'agit d'une grille éclectique qui en plus des

concepts psychiatriques biologiques intègre des notions provenant des approches cognitives, comportementales et psychanalytiques.

En tenant compte de cette grille, selon le DSM-IV, le trouble de la personnalité limite se caractérise par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes: « 1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés; 2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation; 3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion 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 (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 difficultés à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées); 9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes de dissociations sévères » (DSM-IV, 1994).

Actuellement, la description clinique du trouble de la personnalité limite la plus répandue et utilisée en milieu psychiatrique est sans doute celle provenant du Manuel Statistique Diagnostic (DSM-IV). Bien que cette définition soit intéressante en ce sens où elle considère les différentes facettes de l'individu touché par cette psychopathologie, on n'y introduit aucune nuance quant à la diversité des tableaux pathologiques sous lesquels apparaissent le trouble de la personnalité limite selon un continuum établissant des paliers de fonctionnement social et psychologique. Cela porte à considérer qu'il y a des individus plus fonctionnels qui ne sont pas diagnostiqués en raison du fait qu'ils ne sont pas représentés par les éléments diagnostic du DSM qui réfèrent à un niveau de désorganisation et de gravité élevé.

En somme, ce premier chapitre a tenté de retracer certains éléments historiques de la classification et de l'élaboration nosologique du trouble de la personnalité limite à travers le courant psychiatrique. Cette évolution a conduit à établir, dans le DSM, une définition descriptive qui vise à servir de balise aux intervenants pour nommer et visualiser le tableau clinique de cette problématique leur permettant ainsi, d'avoir des repères objectifs pour encadrer leurs interventions. À un autre niveau d'analyse, se situent les auteurs rattachés au courant psychanalytique qui abordent le sujet du trouble de la personnalité limite selon une optique plus approfondie qui tient compte des processus dynamiques impliqués dans la manifestation de cette pathologie dans le contexte relationnel.

CHAPITRE II

MOUVEMENT PSYCHANALYTIQUE

Le deuxième mouvement à l'origine du concept de trouble de la personnalité limite est né d'une réflexion portée sur les écueils de la psychothérapie analytique de certains sujets. Ce deuxième mouvement se situe donc dans l'analyse de la relation thérapeutique qui se met en place entre l'analyste et l'analysant. Ainsi, le mouvement psychanalytique a orienté ses travaux directement en fonction du noyau de la problématique limite: la relation avec l'autre et avec soi.

Dans les années 1940 aux États-Unis, des psychanalystes se sont interrogés sur les cas de certains patients apparemment névrosés qui développaient durant leur psychanalyse une « psychose de transfert », au cours de laquelle des caractères paranoïdes devenaient manifestes. Dans celle-ci l'analyste est constamment vécu comme omnipotent et affirmant qu'il a raison dans tout ce qu'il dit et que le patient a tort. Les comportements de l'analyste, ce qu'il dit et ses pensées sont constamment testées par le patient qui veut prouver qu'il a lui-même des caractéristiques de toute-puissance; ainsi toute interprétation de la projection est suspecte et contrecarrée et est alors retournée à l'analyste qui est accusé du déni de ses propres problèmes d'omnipotence. Dans ce contexte, les recherches eurent pour objectif de cerner, au travers de la relation transférentielle établie avec le patient lors des entretiens préliminaires, ce qui permettrait de comprendre et de prévenir une telle situation.

2.1 Faiblesses du moi et modulation émotionnelle

En 1938, Stern emploie le premier le terme de « *borderline* » dans son article: « *Investigations psychanalytiques et abord thérapeutique dans un groupe borderline des névroses* » et repère le sentiment d'insécurité diffuse des patients avec une hyperesthésie affective (synonyme d'hypersensibilité), une défaillance de l'estime de soi, une carence narcissique fondamentale. Stern, eut recours au terme de « *borderline* » ou « *état-limite* » pour désigner l'intrication de traits névrotiques et psychotiques. Stern fait référence aux éléments d'idéalisation et de dévaluation dans les relations de l'état limite: « hémorragie psychique donnant lieu à une paralysie devant les situations de crises, hypersensibilité, rigidité psychique et physique, réaction thérapeutique négative, sentiment d'infériorité constitutionnelle, masochisme, insécurité organique, mécanismes de défense projectifs, difficulté dans le test de réalité et manque d'empathie » (Stern, 1938).

En 1947, Schmeidler décrit plutôt l'état limite comme : « une organisation stable dans l'instabilité, limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et des psychopathies ». Elle insiste sur le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse ou aux affects dépressifs de ces patients, sur leurs comportements excessifs et leur tendance à l'agir destinés à lutter contre le vide intérieur, leur intolérance aux frustrations et leurs troubles du jugement.

Dans la symptomatologie de Stern et de Schmeiderberg, ce qui est mis de l'avant réfère à l'état de « débordement émotif » dans lequel les personnes atteintes du trouble limite se retrouvent fréquemment ainsi qu'aux faiblesses du moi illustrées par le sentiment d'infériorité.

2.2 Le faux-soi et l'espace symbolique

Dans cette même période, Deutsch (1942) décrit chez ses patients des distorsions des relations d'objets internalisées avec un manque d'authenticité dans leur relation à autrui donnant superficiellement l'illusion de la normalité. Elle évoque la notion de personnalité « comme si » qui sera reprise par Winnicott avec le concept de « faux-soi ». Le faux-soi constitue une défense à un défaut d'identification de la mère avec son bébé. Le faux-soi se soumet inévitablement aux exigences de l'environnement: la soumission et l'imitation en sont les caractéristiques premières. Le travail analytique peut s'avérer particulièrement laborieux et interminable en présence d'un faux-soi qui par définition ne permet pas l'établissement d'un lien thérapeutique authentique et profond.

Dans le développement de l'enfant, parallèlement à l'émergence d'un faux-soi, le défaut de l'identification maternelle fait entrave à la formation symbolique. La fonction de la formation symbolique apparaît défectueuse chez les individus qui présentent un trouble limite ce qui explique, entre autres, leur besoin d'agir et leur incapacité à tolérer la solitude. Une citation de J.-B. Pontalis (1987) illustre cette condition dramatique: « *Le plus insupportable*

dans la perte, serait-ce la perte de vue? Annoncerait-elle, chez l'autre, l'absolu retrait d'amour, et en nous l'inquiétude d'une infirmité foncière: ne pas être capable d'aimer l'invisible? Il nous faudrait voir d'abord. Non pas voir seulement mais voir d'abord et toujours pouvoir calmer l'angoisse que suscite l'absence en nous assurant que l'objet aimé est tout entier à portée de notre regard et qu'il nous réfléchit dans notre identité »pp275.

Les travaux de Winnicott (1969) abordent l'importance de l'espace symbolique dans le cadre de la relation d'objet et de la perte de l'autre; c'est l'espace intermédiaire dans lequel s'inscrit le sens donné aux affects et aux représentations de l'objet. En l'absence de représentations stables de l'objet et des affects, il advient un état de dépendance aliénante à la réalité externe et à la présence de l'autre. Ceci explique la précarité des relations d'objets des personnes qui présentent une organisation limite de la personnalité et leur état de dépendance.

2.3 Relations objectales ambivalentes

En 1973, Wolberg s'intéresse de son côté aux mécanismes de défense du patient limite qu'il étudie en comparaison avec les mécanismes utilisés par les sujets névrotiques et psychotiques. Dans un article intitulé, « *The borderline patient* » il en décrit les traits typiques: adaptation maintenue à la réalité, défenses plus primitives que chez le névrosé classique, dépendance, hyperesthésie relationnelle (synonyme d'hypersensibilité relationnelle), allure sado-masochiste répétitive du comportement, relation d'objet ambivalente.

2.4 Classification de Grinker et al.

En 1968, Grinker, Werble et Drye réalisent une étude qui permet d'identifier un syndrome spécifique stable, avec quatre composantes fondamentales: l'agressivité, le mode de relation anaclitique (besoin d'amour, ambivalence), le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression comme caractéristique de l'existence. Ils individualisent quatre sous-groupes de patients: les états limites psychotiques, le noyau de l'état limite, les personnalités *as if*, et les états limites névrotiques. Ainsi, pour ces auteurs, il existe des degrés de gravité dans le tableau clinique de l'état limite en fonction de l'évolution des mécanismes de défenses et des modes de relation d'objet. Cette étude semble découler de l'intégration du contenu des études précédentes dont la synthèse fait ressortir une classification particulière des états limites.

2.5 Approche structurelle

Une autre manière d'aborder le diagnostic est de tenter de préciser le concept d'état limite, de repérer des constantes, des caractéristiques permettant un diagnostic positif, et non un diagnostic d'élimination. Les travaux effectués en ce sens ont permis de dégager quelques éléments cliniques évocateurs du diagnostic, mais aussi et surtout, des éléments psychopathologiques révélateurs du fonctionnement psychologique du patient limite.

Ce sont les travaux de Kohut (1971), mais surtout de Kernberg et de Bergeret dans les années 70 qui apporteront un développement intéressant pour le repérage tant clinique que psychopathologique des états limites.

2.5.1 Kernberg et l'organisation limite de la personnalité

Otto Kernberg (1997) passe du concept de pathologie caractérielle, infantile et régressive à celui de la personnalité limite. Pour cet auteur, les éléments cliniques sont des éléments de présomption diagnostique et trouvent confirmation avec l'analyse structurelle du patient. Cette analyse nécessite des consultations répétées où le praticien s'ouvre au fonctionnement psychique du patient.

Les travaux de Kernberg sont représentatifs de la vision psychanalytique actuelle des états-limites qu'il considère comme la représentation d'un niveau spécifique de fonctionnement psycho-structurel. La perspective de cet auteur a été inspirée de l'analyse des pathologies des relations d'objets internalisées de l'école américaine de psychologie du moi et de la théorie de Mahler au sujet du processus de séparation-individuation.

Kernberg procède, dans un premier temps, à la division des écrits qui décrivent les aspects structurels de l'organisation limite de la personnalité en deux groupes. D'une part, il est question des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi et sur la régression à des structures cognitives liées à des processus primaires de pensée. À ce propos, les travaux de Knight (Knight, 1953) ont contribué à mettre en évidence l'ensemble des traits descriptifs de ces patients et les conséquences de la faiblesse du moi pour leur traitement. D'autre part, on retrouve les travaux au sujet des opérations de défenses spécifiques caractéristiques de l'organisation limite de la personnalité. Les

travaux de Fairbairn (1952) et de Mélanie Klein (1946) ont apporté un éclairage intéressant dans l'étude des mécanismes de clivage dont l'origine se situe dans leur intérêt pour les patients schizoïdes .

L'analyse structurelle de Kernberg nous renvoie à l'observation de l'organisation limite de la personnalité en terme de: « 1) manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi qui se caractérise par le manque de tolérance à l'angoisse (indépendamment du degré d'angoisse), le manque de contrôle pulsionnel et un défaut de développement des voies de sublimation; 2) retour aux processus primaires de pensée qui se caractérisent par un libre écoulement pulsionnel avec des échappements qui obéissent au principe de plaisir et répondent aux mécanismes de déplacement et de condensation. Ils correspondent à une désintégration de la structure du langage, et une irruption brutale du fantasme dans les contenus de pensée; 3) mécanismes de défense spécifiques que sont le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective, le déni, l'omnipotence, la dévalorisation et la mise en acte et 4) pathologies des relations d'objets internalisées qui découlent de la présence des mécanismes de défenses primitifs énumérés précédemment » (Kernberg, 1997). Il faut noter que la théorie de Kernberg sera reprise plus en détail ultérieurement puisque qu'elle fait l'objet du cadre théorique de la présente étude .

2.5.2 Bergeret et l'état limite comme astructuration

Dans la conception de Bergeret (1996), l'état limite devrait être compris non pas comme une structure, mais comme une astructuration, un état aux limites de la névrose et de la psychose, un mode de fonctionnement fondamental de la personnalité qu'il appelle l'économie limite. Bergeret relie directement état limite, narcissisme et dépression anaclitique. Il affirmera qu'il s'agit en fait d'une maladie du narcissisme. La relation d'objet étant demeurée centrée sur la dépendance anaclitique envers l'autre, Bergeret pointe la dépression comme étant le danger contre lequel les états limites luttent quand une menace de perte paraît imminente.

Il explique que du fait du déni de la sexualité, des représentations sexuelles et de tout ce qui pourrait être référé au conflit œdipien, les parents sont considérés comme équivalents l'un de l'autre, ou alors distingués selon que l'un est mauvais et l'autre bon, l'un dominant et l'autre dominé. Dans la mesure où il n'y a pas d'organisation œdipienne proprement dite, il n'y a pas d'angoisse de castration et pas ni d'angoisse de morcellement, mais plutôt une angoisse de perte d'objet: l'angoisse dépressive. L'angoisse de dépression survient dès que le sujet limite imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut. Bergeret insiste donc sur la dépression ou plus précisément la dépressivité. Bergeret décrit ainsi le noyau du syndrome: un état de colère à l'égard de l'objet, des échanges interpersonnels inadéquats, un sentiment de vide et de solitude.

Les mécanismes de défense essentiels dans les organisations limites sont: le clivage d'objet accompagnant la régression narcissique, l'évitement, la forclusion et les réactions projectives. Le clivage dans l'organisation limite réfère au clivage des représentations objectales destinées à contrer l'angoisse de perte de l'objet. Il appelle une déformation du moi qui va fonctionner suivant la distinction de deux secteurs dans le monde extérieur: un secteur adaptatif où le Moi joue librement sur le plan relationnel et un secteur anaclitique où le Moi se limite à des relations organisées selon la dialectique dépendance-maîtrise. Dans ce dernier cas, le Moi va distinguer à propos du même objet, tantôt une image rassurante et positive et tantôt une image terrifiante et négative sans toutefois arriver à la conciliation de ces deux images contradictoires ce qui, on peut le penser, donne lieu à la présence de l'ambivalence. Ce mode de clivage intimement lié au mode de relation anaclitique, implique que le sujet devienne massivement dépendant des variations de la réalité extérieure et des positions des objets comme de leur distance à son égard. L'évitement, pour sa part, vise à échapper à une représentation indésirable tandis que la forclusion, qui concerne une forme de rejet d'une représentation gênante, se situe plus près du déni. Les réactions projectives servent à situer à l'extérieur la représentation pulsionnelle intérieure (Bergeret, 1996).

Le propre de la conception de Bergeret est d'avoir introduit la notion de traumatisme précoce dans la psychogenèse de l'état limite. Selon lui, le patient état limite a subi dans son enfance un traumatisme réel (et non fantasmatique)

dont les effets ont été désorganisés. Il nomme à titre d'exemple, une séduction sexuelle précoce. L'événement est traumatique du fait d'une excitation survenant dans un état du moi tel qu'il ne pouvait pas être intégré. Cette première désorganisation va susciter un aménagement défensif qui constituera une « pseudo latence prolongée»: ce n'est pas la période de latence normale, mais un aménagement fragile qui vient limiter les effets désorganiseurs du traumatisme précoce (Bergeret, 1996).

Pour Bergeret, cet aménagement sommaire peut évoluer soit vers une pathologie psychosomatique, une dépression, la psychose ou la névrose, mais pas vers la schizophrénie, ni la paranoïa.

2.6 Harold Searles et la jalousie

Une autre contribution plus récente, qui n'appartient pas nécessairement à l'approche structurelle, provient des travaux de Harold Searles, plus particulièrement de son livre intitulé: « *Mon expérience des états-limites* ». Il met en lumière la confusion reliée à la distinction entre le moi et le monde extérieur dans cette pathologie. Il révèle une profonde perturbation du sentiment d'identité. C'est une pathologie sévère sans commune mesure avec la jalousie oedipienne. Searles affirme que le patient limite ne fait pas la distinction entre les éléments humains et non humains, animés et inanimés, en lui et à l'extérieur de lui. Il introduit souvent dans la relation transférentielle des objets non humains qui suscitent la même jalousie que s'ils étaient effectivement humains. Searles développe ainsi la question de la jalousie: « *Ils sont jaloux de leurs rêves parce*

ceux-ci sont des êtres qui s'expriment mieux qu'eux ». Selon Searles, les défenses névrotiques et les fonctions du moi qui sont encore indemnes donnent au patient borderline la possibilité de présenter une façade trompeuse, superficiellement conventionnelle, bien que névrotique, selon que l'investigation concernant le fonctionnement global du patient soit approfondie ou non (Searles, 1994).

En conclusion, dans la perspective psychanalytique, ce sont les mécanismes de défense, les pathologies des relations d'objets internalisés et les faiblesses de la structure du moi qui ont fait l'objet des études au sujet des états limites et qui ont servi à la clarification des particularités de cette entité clinique.

Ce qui a été mentionné précédemment nous démontre amplement de quelle façon la contribution psychanalytique peut être un instrument privilégié pour comprendre la symptomatologie de l'organisation limite de la personnalité et aussi pour rendre plus claire la description des conduites chaotiques de ces patients en ce qui a trait à leur univers relationnel.

CHAPITRE III

ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES ET APPROCHES DE TRAITEMENT

Ce bref survol historique a permis d'une part, de mieux cerner les éléments qui définissent l'expérience psychique des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite. D'autre part, il a permis de saisir les processus de conceptualisation effectués par les deux courants théoriques prédominants dans le champ de l'intervention qui ont tenté de discerner le trouble de la personnalité limite en le distinguant des autres catégories diagnostiques. Maintenant, à partir des orientations psychiatriques et psychanalytiques mises en place précédemment, une seconde étape vise l'exploration des théories étiologiques qui servent à identifier d'un côté, les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition du trouble limite et d'un autre côté, d'exposer les modèles de traitements proposés. Au cours des années, les découvertes dans le champs de la psychiatrie et de la psychologie ont inspiré les analyses étiologiques donnant lieu à d'innombrables explications au sujet des origines du trouble limite et à la mise au point des diverses alternatives thérapeutiques.

Ainsi, le contenu de ce chapitre constitue un aperçu global de différents modèles sans en être une recension exhaustive. Dans la mesure où de nombreuses études ont servi à définir avec plus de précision un phénomène qui se caractérise avant tout par le polymorphisme de son tableau clinique, les recherches visant à élucider les origines du trouble de la personnalité limite abordent ses différentes dimensions selon leurs approches respectives. Il sera

d'abord question des modèles de traitement qui se situent davantage dans le courant psychiatrique: les modèles biologiques et génétiques, neuropsychologiques, cognitifs, dialectique-comportementale, les modèles basés sur les facteurs prédisposants et le modèle bio-psychosocial. Ensuite, il sera question des modèles de traitement d'orientation psychodynamique: le modèle basé sur la théorie de l'attachement, le modèle basé sur la faculté de permanence de l'objet et le modèle développemental.

3.1 Modèles et approches du courant psychiatrique

Dans le même ordre d'idée de ce qui a été élaboré précédemment, la place prise par le champ de la psychiatrie dans les recherches ayant pour objet d'étude les psychopathologies se retrouve actuellement au premier plan. En ce sens, dans un souci de cohérence, la première partie de ce chapitre présente en premier lieu les modèles et approches influencés par le champ de la psychiatrie dont l'objet de recherche se situe dans la mise en évidence de facteurs biologiques, constitutionnels et prédisposants qui relèvent davantage de l'utilisation de méthodes scientifiques positivistes.

Parmi les modèles et approches que l'on pourrait situer du côté du courant psychiatrique, il sera brièvement question des modèles biologiques et génétiques, neuropsychologiques, cognitifs et dialectique-comportementale.

3.1.1 Modèles biologiques

Dans la conjoncture actuelle, les modèles biologiques interviennent au premier plan dans l'explication de diverses psychopathologies. Dans les études concernant le trouble de la personnalité limite, on considère entre autres, l'influence de facteurs neurologiques pour comprendre d'une part, la présence de comportements impulsifs et suicidaires (Oquendo & Mann, 2000) et d'autre part, les difficultés de régulation des émotions (Gurvits & coll., 2000). On aborde aussi la question du bagage génétique (Torgersen, 2000) et des dysfonctions au niveau des neurotransmetteurs (Gurvits & coll, 2000). Ces recherches s'effectuent dans un contexte dans lequel la pharmacologie apparaît fréquemment comme un traitement de choix. La recherche de causes biologiques va souvent de pair avec le développement d'un traitement médicamenteux. Toutefois, jusqu'à présent, il n'y a pas de traitement spécifique qui a été élaboré pour le trouble de la personnalité limite en soi, bien qu'on ait recours à l'utilisation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de neuroleptiques de façon à diminuer l'intensité de certains symptômes tels que l'impulsivité, l'anxiété et l'instabilité de l'humeur.

Au plan génétique, une revue de la littérature effectuée par Torgersen (2000) a mis en évidence des traits semblables à ceux du trouble de la personnalité limite qui seraient influencés par les gènes. Toutefois selon lui, il serait précipité d'affirmer de quelle façon ce trouble particulier subit des effets génétiques. L'étude des dysfonctions de neurotransmetteurs chez les patients limites vise essentiellement à expliquer la présence de comportements impul-

sifs et suicidaires et l'instabilité émotionnelle (Gurvits, Koenigsberg & Siever, 2000). Des dysfonctions au niveau du système sérotoninergique seraient associées avec à comportements d'hétéro-agression et d'auto-agression. Les implications neurochimiques dans l'instabilité émotionnelle sont toutefois moins claires. Il semble, par-contre, que la dérégulation dans les systèmes cholinergique, noradrénergique ou GABA-minergique pourrait jouer un rôle important dans l'instabilité émotionnelle (Gurvits & coll., 2000).

Les modèles biologiques semblent utiliser la définition du trouble limite du DSM-IV qui met justement l'emphase sur les éléments observables de cette condition pathologique tels que les comportements et l'état affectif. En ce sens, l'intérêt est porté avant tout sur l'instabilité de l'humeur, l'impulsivité et les comportements destructeurs qui sont des aspects susceptibles de répondre, comme dans le cas d'autres pathologies, à une médication.

3.1.2 Modèles neuropsychologiques

Un autre domaine de recherche dont l'objet d'étude est le fonctionnement du cerveau est celui de la neuropsychologie qui s'intéresse plus particulièrement aux fonctions cognitives. Les fonctions cognitives font référence aux processus de connaissance, dans le sens le plus large, incluant la perception, la mémoire et le jugement. En ce qui concerne plus précisément les troubles limites, des tests neuropsychologiques ont pu démontrer des lacunes au niveau des fonctions cognitives chez les patients limites. Dans le cas des patients limites, ces tests s'avèrent pertinents afin de déterminer les conséquences de

perceptions erronées du monde extérieur qui donnent lieu à des erreurs de jugement (O'Leary, 2000).

Pour O'Leary, l'implication de ces résultats se situe dans l'amélioration de l'alliance thérapeutique et dans le travail de réparation thérapeutique. Elle mentionne l'effet rassurant que peut avoir sur le patient le fait que le thérapeute puisse saisir ses rechutes, erreurs de perceptions ou de jugements comme étant une conséquence de défaillances neuropsychologiques plutôt que comme provenant nécessairement d'un comportement d'opposition, de trait passif-agressif ou d'un phénomène de transfert.

Dans cette optique, la question des lacunes au niveau du fonctionnement cognitif dans les troubles limites suscite une préoccupation quant à leur impact sur le fonctionnement social de l'individu. La distorsion dans la perception du monde extérieur est un élément important dans la compréhension des difficultés relationnelles des personnes atteintes du trouble limite.

3.1.3 Modèles de la psychologie cognitive

Dans le même ordre d'idée, l'étude des fonctions cognitives a donné lieu à l'émergence des approches psychologiques purement cognitives développées entre autres par Beck et Young. Nous pouvons retrouver une définition des troubles de la personnalité en terme de schémas cognitifs qui correspondent à des structures cognitives profondes déterminées génétiquement à partir desquelles s'articulent le savoir et l'expérience d'un individu tels que ses

croyances, ses attitudes fondamentales et ses règles de conduites générales. Les schémas sont reliés à l'image qu'on a de soi et des autres et entraînent des affects et des comportements pré-établis. Les schémas constituent une source de problème lorsqu'ils s'activent de façon rigide et répétitive dans diverses situations et limitent l'utilisation d'autres stratégies comportementales ou de pensées en dépit de la diversité des contextes.

En ce qui concerne le trouble de la personnalité limite selon le modèle des schémas cognitifs, les croyances fondamentales sont: « Je n'ai pas le contrôle de moi-même » et « Personne ne me comprend ». Les attitudes de base sont: « Si je ne fais pas ce que les autres veulent , ils m'abandonneront », « Si on me connaissait vraiment, on ne voudrait pas de moi », « Si je ne peux pas contrôler mes émotions, c'est la catastrophe ». Les auto-injonctions sont entre autres: « Ne te fais pas d'amis: ils te feront mal », « Tu es mauvais, puni-toi ». Les pensées automatiques: « Je serai toujours seul », « Je suis un fardeau pour le monde » (Cottraux & Blackburn, 2001). L'approche centrée sur les schémas vise essentiellement à remplacer des modes d'interactions et de pensées dysfonctionnels par d'autres plus adaptés et flexibles. Le traitement vise la modification des schémas cognitifs de l'individu (Cottraux & Blackburn, 2001).

Ce modèle d'intervention apparaît pertinent dans la mesure où il vise un changement du mode de pensée et les comportements de l'individu. Toutefois, il est possible de douter que les changements puissent se situer au niveau des affects qui font aussi partis de la structure de la personnalité. La dimension du

sentiment d'abandon est abordée en termes de pensées irrationnelles, mais néglige la nature fondamentale et profonde de cet élément dans la genèse du trouble de la personnalité limite tout comme celui de l'impact de la relation précoce mère- enfant.

Un autre modèle d'intervention basé sur les schémas est celui de Young (1994) qui identifie et décrit dans son ouvrage *Je réinvente ma vie*, des schémas précoces d'inadaptation et les processus de perpétuation de ces schémas : le maintien, l'évitement et la compensation. Le regroupement de schémas et de processus de perpétuation de schémas forme les modes. Chez le patient limite, 5 modes ont été identifiés: l'enfant abandonné, l'enfant en colère, le parent punitif, le protecteur détaché et le soi sain. Au niveau de l'intervention, Young intègre des techniques qui proviennent des courants cognitif-comportemental, psycho-dynamique et existentiel-humaniste. Essentiellement, le traitement vise à prendre soin de l'enfant abandonné, contourner le protecteur détaché, combattre le parent punitif et réorienter la colère de l'enfant en colère (Young & Cousineau, 1996).

3.1.4. Modèle dialectique-comportemental de Linehan

Plus récemment, le modèle explicatif développé par M. Linehan, psychologue d'orientation dialectique-comportementale, s'est inspiré de la théorie d'apprentissage bio-sociale proposée par Millon (1987). Ce modèle tient compte d'un plus large éventail de facteurs et de l'interaction réciproque entre les influences de l'apprentissage social et biologique dans l'étiologie de la

problématique. Cette théorie stipule que ce trouble provient principalement de la dysfonction du système de régulation des émotions qui résulterait d'irrégularités biologiques combinées avec un environnement dysfonctionnel caractérisé par des interactions invalidantes. Ce qui est intéressant, est la prise en compte des éléments environnementaux dans la genèse du trouble de la personnalité. Cette approche apparaît comme un compromis entre les approches purement biologiques et les approches psychosociales qui prennent en considération l'histoire familiale.

Linehan décrit la problématique en terme de cibles d'intervention. Ainsi, selon Linehan, le trouble de la personnalité limite se définit en rapport à la dérégulation de cinq composantes chez les individus: émotions, comportements, relations interpersonnelles, cognitions et identité (Linehan, 1993).

La dérégulation émotionnelle se définit par une réponse émotionnelle excessive. L'expression des émotions apparaît disproportionnée particulièrement pour les émotions négatives telles que la colère, l'anxiété et l'irritabilité. La dérégulation interpersonnelle se traduit par une implication persistante de la personne dans des relations intenses, chaotiques, difficiles. La dérégulation des comportements est mise en évidence par les actes impulsifs et suicidaires. La dérégulation cognitive comprend les épisodes de dépersonnalisation, dissociation et de désillusion provoquées par des situations de stress intense. Enfin, la dérégulation de l'identité se perçoit par le sentiment de vide ressenti par ces personnes.

Dans la perspective de Linehan, les difficultés relationnelles sont en grande partie occasionnées par la dérégulation des émotions dans la mesure où l'efficacité relationnelle requiert la capacité de réguler ses émotions de façon appropriée, de contrôler les comportements impulsifs et de tolérer des stimuli qui produisent un certain niveau de souffrance. L'expression inadéquate de la colère fait obstacle au maintien de relations stables.

L'intervention de Linehan en lien avec la dimension des relations interpersonnelles se situe au niveau de l'apprentissage d'habiletés sociales et de stratégies efficaces de résolution de conflits et de tolérance à la détresse. Bien que cette approche puisse être aidante dans le but de modifier des comportements et d'améliorer la compétence sociale des personnes, il n'en demeure pas moins que le contenu affectif qui intervient dans l'établissement d'une relation n'est pas abordé. La peur de l'abandon, l'angoisse de proximité, l'ambivalence sous-jacente qui rend justement difficile le contrôle des impulsions et de la colère ne sont pas réellement pris en considération.

3.1.5 Modèle basé sur les facteurs prédisposant

De la même façon que la médecine vise l'identification de matières ou d'éléments cancérigènes dans les recherches contre le cancer, en ce qui concerne le trouble limite, des recherches rétrospectives tentent de mettre en évidence des éléments qui seraient impliqués dans l'émergence du trouble. Les études qui ont analysé les facteurs prédisposants dans l'histoire du développement du

patient limite parviennent à certaines conclusions selon les différentes générations d'études sur la pathogenèse.

La première génération qui découle de l'étude des facteurs environnementaux analyse l'impact de la perte, de l'absence parentale et de l'implication parentale inappropriée. Certaines conclusions sont ressorties à la suite de ces études: 1) les séparations prolongées durant l'enfance sont communes et permettent de discriminer les patients limites; 2) les patients limites perçoivent généralement leur relation avec leur mère comme très conflictuelle, distante ou de surprotection; 3) l'absence du père et son manque d'implication est un aspect plus discriminatoire dans ces familles que les problèmes avec la mère et ;4) la présence de relations dysfonctionnelles avec les deux parents serait plus spécifique et pathogénique pour le patient limite que pour un seul des parents.

La deuxième génération de recherches fait ressortir que la présence d'abus physiques et sexuels serait relativement fréquente dans l'histoire de vie des patients qui rencontrent les critères diagnostic du trouble limite. Plus spécifiquement, les abus sexuels seraient reportés plus souvent par les patients limites que pour les autres trouble de la personnalité(Zanarini, 2000)

La troisième génération vise l'étude multi-factorielle des facteurs prédisposants du trouble de la personnalité limite. Quatre facteurs significatifs sont identifiés: 1) le genre féminin, étant donné une plus grande prévalence du trouble limite chez les femmes; 2) l'expérience d'abus sexuel par un homme de l'entourage qui n'est pas le père apparaît comme un facteur significatif pour

prédire le diagnostic du trouble limite; 3) la relation avec la figure paternelle avec laquelle l'individu vit le déni de ses sentiments et de ses pensées, la négligence de ses besoins physiques et le retrait sporadique du support émotionnel; 4) le traitement inconstant par la figure maternelle (Zanarini, 2000; Paris, 2000).

Certains constats émergent de cette génération de recherches: 1) les abus sexuels dont l'abuseur n'est pas une figure parental est un élément plus discriminatoire que l'abus d'un parent; 2) les patients avec un trouble limite sont plus enclins à rapporter des situations d'abus sexuels sévères qui impliquent la pénétration; 3) les abus sexuels prennent place dans un environnement d'abus et de négligence associés aux deux parents (Zanarini, 2000).

Ainsi, les recherches qui s'intéressent aux facteurs prédisposants dans la pathogenèse du trouble limite font surtout référence à la présence d'expériences d'abus sexuels dans le passé des individus qui présentent un trouble limite et aux relations familiales conflictuelles avec les deux parents.

3.1.6 Modèle bio-psycho-social

Schore (1994) apporte une contribution récente provenant du champ de la recherche neurobiologique qui implique une compréhension différente du rôle de la dyade mère-enfant dans le développement du soi et des capacités de régulation des émotions. En fait, l'auteur analyse les étapes de développement de diverses parties du cerveau en lien avec leur fonctions respectives. Il s'attarde plus particulièrement à ce qui a trait au cortex orbital préfrontal droit qui exerce un rôle notable dans le contrôle des affects, de la motivation et du fonctionnement social.

La maturation des structures neurologiques serait influencée par la stimulation de l'environnement externe dont la figure maternelle constitue un élément essentiel. Les transactions dyadiques avec la mère, dans lesquelles elle régularise l'état affectif de l'enfant à court terme, amènent des changements structuraux à long terme. Un système d'attachement sécurisant faciliterait le transfert de la capacité de régulation entre la figure de soin et l'enfant. Le résultat de transactions dyadiques qui régulent les émotions est une intégration et une restructuration du système de régulation socio-émotionnel en développement chez l'enfant. Selon Schore, une symbiose neurologique entre la mère et l'enfant est nécessaire pour le développement et la structuration du centre dans le cortex frontal orbital.

Ce qui ressort à première vue des modèles et approches de traitements influencés par le courant psychiatrique, est l'intérêt porté aux aspects de

dérégulation émotionnelle et comportementale présents dans le trouble de la personnalité limite à travers la recherche de causes biologiques et cognitives. Certaines de ces études tiennent aussi compte de l'historique familial et de ses impacts sur l'émergence du trouble de la personnalité limite en terme de facteurs prédisposants. Il est aussi possible de percevoir que ces modèles se sont inspirés en grande partie des éléments de la définition du trouble de la personnalité limite du DSM-IV (voir premier chapitre).

3.2 Modèles et approches du courant psychanalytique

Parallèlement au courant psychiatrique, le deuxième courant théorique a donné lieu aux modèles et approches de type psychanalytique. Orientée davantage sur l'observation des dynamiques relationnelles, l'étude de la dyade mère-enfant apparaît prédominante dans la construction de ces modèles et approches de traitement. Les méthodes de recherche utilisées sont de nature empirique basées sur le désir de saisir dans toute sa complexité l'expérience subjective.

En ce qui a trait aux modèles et approches du courant psychanalytique qui ont étudié le trouble de la personnalité limite, on retrouve entre autres, le modèle basé sur la théorie de l'attachement, le modèle basé sur la faculté de permanence de l'objet, le modèle développemental et le modèle basé sur les pathologies des relations d'objets qui sera abordé au prochain chapitre.

3.2.1. Modèle basé sur la théorie de l'attachement

La théorie de Schore rejoint en quelque sorte les études qui abordent la question du rôle de l'attachement dans la genèse des troubles de la personnalité limite et qui font référence à la difficulté de régulation des émotions de ces patients et à la fragilité de leurs structures du soi.

À partir de la théorie de l'attachement développée entre autres par Bowlby (1969, 1973, 1980) et Ainsworth (1978), dans un article récent, Fonagy (2000), met en lumière l'impact de l'étape du développement du lien d'attachement dans l'étude de l'étiologie du trouble de la personnalité limite. Chez ces patients, la première tentative d'établissement d'une relation significative aurait été entravée par divers motifs et donne lieu à la mise en place du développement d'un attachement de type insécurisant ou désorganisé. Les conséquences néfastes d'un lien d'attachement défailant sur les relations ultérieures sont considérables. Le système d'attachement agit en tant qu'élément de base dans la construction de la représentation du soi, de son organisation et dans la régulation des émotions.

Fonagy et ses collaborateurs (2000) décrivent la symptomatologie du trouble de la personnalité limite selon le modèle basé sur l'attachement comme suit :1) l'instabilité du soi serait une conséquence de l'absence de capacité réflexive et de l'absence d'une seconde représentation de l'état interne (sentiment, croyance, désir, idée); 2) l'impulsivité serait reliée au manque de conscience de leur état émotif associé avec l'absence de représentations symbo-

liques de leurs émotions. L'impulsivité serait aussi dû à la dominance des stratégies centrées sur l'action physique, particulièrement dans le contexte d'une relation menaçante; 3) l'instabilité émotionnel et l'irritabilité s'expliquent par une capacité réflexive sur la représentation de la réalité qui serait défailante chez le patient limite. Les schémas interpersonnels sont particulièrement rigides parce qu'il ne peut s'imaginer que l'autre puisse avoir une construction de la réalité qui soit différente de celle qu'il expérimente (Fonagy, 2000). La peur énorme de l'abandon physique chez le patient limite met en lumière de façon frappante le système d'attachement désorganisé avec lequel il vit. Quand l'autre devient nécessaire à sa cohérence interne, l'abandon signifie la réinternalisation de l'image étrangère au « soi intolérable » avec la conséquence de la destruction du soi; 4) le suicide représente la destruction imaginée de cette autre étranger qui fait parti de soi; 5) le clivage, une représentation partielle de l'autre ou de soi, est un obstacle commun à une communication adéquate avec ces patients. Le clivage permet à l'individu de créer des images mentales, mais celles-ci sont imprécises, sur-simplifiées et permettent seulement une illusion de l'échange interpersonnel imaginé; 6) le sentiment de vide est une conséquence directe de l'absence d'une seconde représentation de l'état du soi, l'absence de sens et d'état d'esprit qui permettent un lien entre le passé et le présent. La défailance dans la fonction de mentalisation explique le vide. Pour ne pas être totalement isolé il faut pouvoir s'imaginer l'autre, même en son absence (Fonagy, 2000).

Cette perspective met donc en évidence l'origine du trouble de la personnalité limite au niveau de la relation précoce mère-enfant et la mise en

place d'une symptomatologie qui s'articule autour d'une défaillance dans la capacité de symbolisation (Fonagy & coll, 2000). Le traitement proposé consiste selon ce modèle à favoriser le développement de processus réflexifs. Le thérapeute aide le patient à identifier et comprendre ses états émotifs dans le but de renforcer le système de représentations secondaires.

3.2.2 Modèle basé sur la faculté de permanence de l'objet

Adler et Buie (1979), se sont aussi intéressés à l'impact de la relation mère-enfant dans le développement du trouble limite. Pour eux, l'inconstance dans les soins maternels, le manque d'empathie et l'insensibilité maternelle font entrave au développement chez l'enfant d'une image stable de lui-même et des autres qu'il pourrait utiliser en situation de stress pour se reconforter et se supporter par lui-même. Cette lacune au niveau de la capacité de permanence de l'objet provoque chez le patient le sentiment de perte de l'objet reconfortant, la solitude est alors intolérable.

En 1996, Gunderson a repris les travaux de Adler et Buie concernant l'intolérance à rester seul comme thème principal. Il situe la cause dans l'inconstance et l'instabilité de la relation précoce avec la figure maternelle provoquant l'échec de l'introjection de l'objet reconfortant. Pour ces auteurs, l'intervention thérapeutique vise à susciter l'internalisation d'un objet reconfortant. Le thérapeute agit de façon transitoire comme un objet externe reconfortant par le biais d'une large disponibilité pour le client.

3.2.3 Modèle développemental

Masterson (1975) présente une explication intéressante de l'étiologie du trouble de la personnalité selon un modèle développemental. Il fait référence plus précisément à un arrêt de développement au stade de « séparation-individuation ». Ce processus développemental a été aussi abordé par Mahler (Mahler 1968; Mahler 1975) qui le qualifie de « naissance psychologique de l'enfant ». Masterson met l'emphase sur le rôle de la mère. La genèse du trouble de la personnalité se situerait essentiellement dans l'échec crucial de la figure maternelle à être disponible émotionnellement au moment de la réorganisation intra-psychique de l'enfant. Lorsque son identité propre fait surface, l'enfant, se voit récompensé pour des comportements régressifs et rejeté dans ses tentatives de séparation-individuation et d'auto-activation (Masterson, 1975). Toutes les tentatives de l'enfant pour démontrer son individualité et son autonomie sont vécues comme une menace par la figure maternelle et impliquent pour l'enfant une menace réelle de rejet. Cette interaction donne lieu à la mise en place d'une relation d'objet clivée et à un ego (ce qui caractérise l'identité des personnes) clivé.

La relation d'objet devient clivée en deux parties qui contiennent d'une part, la représentation de soi et d'autre part, la représentation de l'objet. Le contenu affectif relie les deux parties. Le contenu des représentations de soi et de l'objet provient de l'internalisation de deux thèmes d'interactions avec la mère qui varient selon la réponse de cette dernière aux tentatives d'autonomisation de l'enfant. Une mère qui présente une personnalité limite répond

aux comportements régressifs de son enfant en maintenant sa disponibilité libidinale, qu'elle retire en contre-partie face aux efforts de séparation-individuation.

De la même façon que la relation d'objet devient clivée, l'ego est clivé en deux parties dont l'une fonctionne selon le principe du plaisir et l'autre selon celui de la réalité. L'arrêt de développement au niveau de l'ego amène comme conséquences: l'appauvrissement de la perception de la réalité et des mécanismes de défenses primitifs : une propension aux passages à l'acte, la dépendance, la projection, l'identification projective, le déni, etc.,.

Chez les personnes qui présentent une personnalité limite celle-ci engendre des écueils au niveau du sentiment de soi et des fonctions du soi réel que sont l'auto-activation, la reconnaissance de cette auto-activation, le maintien de l'estime de soi, la capacité de reconforter les émotions douloureuses, la continuité du soi, capacité d'engagement, de créativité, d'intimité et d'autonomie. La pathologie du soi chez les individus atteints du trouble de la personnalité limite s'explique par la mise en place d'un système de défenses qui a émergé suite à l'interaction entre l'enfant et sa mère qui l'a en quelque sorte puni dans ses efforts d'individuation. Ce système s'active pour ne pas ressentir l'abandon au moment de l'auto-activation de l'individu qui engendre l'anxiété de séparation et la dépression d'abandon (Masterson, 1999).

La dépression d'abandon est une menace à la survie ainsi que le contenu affectif qu'elle implique: dépression, colère, peur, culpabilité, passivité, im-

puissance, vide et nullité (Masterson, 1976). Les mécanismes de défenses primitifs, qui sont utilisés de façon automatique dans toutes les relations significatives de la personne, engendrent des coûts au plan du développement d'une réelle identité.

Pour Masterson (1999), le traitement du trouble limite agit essentiellement au niveau des mécanismes de défense en ce sens où le travail thérapeutique vise la mise en place de nouveaux mécanismes de défense qui seront plus appropriés et évolués.

Il faut souligner qu'il n'a pas été question du modèle développé par Kernberg en raison du fait qu'il sera explicité dans le prochain chapitre à titre de cadre théorique.

De ce qui a été mentionné précédemment, ce qui est mis de l'avant dans la perspective provenant du courant psychiatrique est la présence de schémas cognitifs inadaptés et les antécédents d'événements traumatiques tels que l'abus sexuel et un contexte familial dysfonctionnel. À un autre niveau d'analyse, selon un point de vue psychodynamique, la qualité des interactions mère-enfant dans le développement psychologique de l'enfant revêt d'une importance notable et intervient donc intimement dans la mise en place d'un terrain fertile à l'émergence d'une organisation limite de la personnalité.

En dépit du fait que ce chapitre ne reflète pas une revue exhaustive des modèles étiologiques et de traitement du trouble limite, on constate encore une

fois la multitude des théories qui visent l'explication des origines de ce trouble et qui présentent des options de traitements. La complexité de cette problématique apparaît indéniable tout comme l'ampleur des conséquences négatives au plan de l'intégration sociale des individus qui en souffrent et qui sont majoritairement des femmes.

CHAPITRE IV

LES PATHOLOGIES DES RELATIONS D' OBJETS INTERNALISÉS DANS L'ORGANISATION LIMITE DE LA PERSONNALITÉ

Au cours des derniers chapitres les aspects théoriques du trouble de la personnalité limite ont été abordés en fonction de diverses perspectives permettant de clarifier les principaux éléments cliniques et les enjeux de l'intervention. Pour les objectifs de ce projet d'étude, la théorie des relations d'objets développée par Klein (1975), Masterson (1976), Mahler (1975) et Kernberg (1967) servira de cadre d'analyse afin d'approfondir les aspects développementaux et relationnels.

Il me semble après réflexion, que les approches de natures cognitives et comportementales ne me permettent pas de répondre à cette attente puisque la cible d'intervention se situe davantage dans le présent par rapport à des comportements et modes de pensée actuels. Aussi, d'une part, la théorie des relations d'objet met l'emphase sur les enjeux relationnels primaires desquels découlent les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles caractéristiques du trouble de la personnalité limite. D'autre part, dans le cadre d'une évaluation psychosociale du trouble de la personnalité limite, il est question des liens que l'individu entretient avec son entourage, on parlera alors de son réseau social. À ce propos, ce que permet la théorie des relations d'objet est une analyse approfondie de la nature et de la qualité des processus relationnels qui prennent place dans les liens sociaux que l'individu établit.

Otto Kernberg se retrouve parmi les chercheurs qui se sont inspirés des concepts psychanalytiques pour analyser le trouble de la personnalité limite, qu'il a redéfini en terme d'organisation limite de la personnalité. La suggestion est intéressante et mérite d'être soutenue car elle souligne le fait que ce que nous observons constitue un ensemble d'opérations mentales qui peuvent contribuer à la formation de symptômes et de traits de caractère extrêmement divers. Mais en même temps, le terme d'organisation signifie qu'il s'agit d'un système cohérent et relativement stable (Kernberg, 1997). Afin d'élaborer sa conception de ce trouble, Kernberg procède à une synthèse de divers concepts psychanalytiques provenant entre autres des travaux de Mélanie Klein.

4.1 Organisation limite de la personnalité

Selon Kernberg, ce qui caractérise l'organisation limite de la personnalité serait: « 1) les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi que représentent le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de développement des voies de sublimation et le manque de contrôle pulsionnel (impulsivité); 2) le retour aux processus primaires de pensée mis en évidence lors des tests projectifs (désillusion, dissociation, dépersonnalisation, distorsion cognitive); 3) opérations défensives spécifiques de l'organisation limite de la personnalité que sont le clivage (division des perceptions positives et négatives), l'idéalisation primitive, les formes précoces de projection et en particulier l'identification projective, le déni, l'omnipotence, la dévalorisation et la présence de pathologies dans les relations d'objets internalisés » (Kernberg, 1997).

Le dernier élément attire particulièrement mon attention car il réfère justement à l'origine profonde des difficultés relationnelles vécues par les personnes qui présentent une organisation limite de la personnalité. Le degré de gravité de la pathologie dans les relations d'objets sert à établir le pronostic du patient concernant ses capacités d'investissement relationnelle.

4.2 Relations d'objets internalisées

Le processus d'internalisation de la relation d'objet se situe au niveau de la relation précoce mère-enfant. Pour parvenir à une relation d'objet internalisée, le moi doit accomplir deux tâches. La première tâche consiste à la différenciation entre les images de soi et les images de l'objet qui constituent une partie des introjections et des identifications précoces. À ce propos, Pierre-Paul Lacas situe schématiquement l'introjection dans le registre de l'avoir (avoir ce que l'autre a ou est) et l'identification dans le registre de l'être (être comme l'autre). La deuxième tâche réfère à l'intégration des images de soi et d'objet correspondantes élaborées sous l'influence de pulsions agressives car c'est à travers le désir de maîtriser l'autre qu'on ressent des sentiments d'amour et de haine.

La première tâche s'effectue par le biais de la satisfaction des besoins pulsionnels et par leur frustration modérée qui favorisent la différenciation des représentations de soi et de l'objet. D'une part, parce qu'une satisfaction libidinale porte l'attention des investissements sur l'interaction entre le soi et les

objets, et favorise ainsi la différenciation. D'autre part, parce que la frustration fait prendre conscience de l'absence douloureuse des sources de satisfaction et contribue ainsi à différencier le soi du non soi.

La deuxième tâche fait référence à l'intégration des images totalement bonnes et totalement mauvaises de l'objet aux images du soi bonnes et mauvaises pour devenir des représentations d'objet et de soi totales. Ainsi, les représentations de soi et d'objet se différencient les unes des autres et deviennent plus réalistes. L'échec de l'intégration des images totalement bonnes et mauvaises se traduit par la présence du clivage. L'investissement relationnel oscille alors entre le rejet massif (mauvais objet) et le surinvestissement intrusif (bon objet).

L'absence de représentations de l'objet intégrées fait entrave au développement de la capacité de ressentir de l'empathie envers les autres en tant qu'individus avec leur propre personnalité. Le manque d'intégration de soi gêne pour sa part, la possibilité d'obtenir une compréhension affective élaborée des autres êtres humains, conduit à une capacité de permanence de l'objet défaillante et à l'incapacité d'établir des relations d'objet totales. La relation d'objet totale constitue par conséquent le résultat de la reconnaissance de l'autre comme individu totalement différencié de soi et de l'intégration des représentations contradictoires de soi et de l'objet.

Une autre conséquence de l'échec de l'intégration des représentations contradictoires réfère à l'émergence de l'identité diffuse caractérisée par

l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré et stable d'objets totaux en relation avec le soi. Le syndrome de l'identité diffuse intervient indéniablement au niveau de l'authenticité des relations que l'individu établira. L'absence d'un concept de soi intégré implique une dépendance excessive et permanente aux objets externes dans un effort pour parvenir à une certaine permanence dans les actions, les pensées et les sentiments qui s'y rattachent .

Les patients limites montrent des variations importantes concernant la qualité et le degré des interactions qu'ils établissent avec les autres et la manière dont ils s'impliquent dans ces relations. La stabilité des relations est souvent absente chez ces personnes. La stabilité d'une relation est fortement influencée par la capacité à établir une relation d'objet totale qui nécessite la capacité de percevoir et de transiger avec un individu dans sa globalité par l'intégration de ses aspects positifs et négatifs et de poursuivre la relation en dépit des frustrations. Il s'agit d'une lacune chez les patients limites et ceci est illustré par une incapacité à tolérer des réactions ambivalentes à l'égard des objets. La présence de sentiments simultanés d'amour et de haine à l'égard d'une même personne amène des réactions affectives qui oscillent d'un extrême à l'autre. Par conséquent, les comportements reliés à la réaction affective seront ceux d'un retrait ou d'un surinvestissement.

Les personnes qui présentent une organisation limite de la personnalité sont peu capables d'évaluer les autres de façon réaliste ou d'avoir de l'empathie à leur égard; ils vivent les autres personnes comme des objets distants, auxquels ils s'adaptent uniquement « avec réalisme » sans qu'aucun échange

affectif authentique n'existe. Toute situation qui normalement aboutirait à des relations plus profondes révèle chez ces patients l'incapacité à démontrer de l'empathie ou des sentiments réels à l'égard d'une autre personne, la distorsion à travers une perception peu réaliste des autres et la nature superficielle et auto-protectrice de leurs relations affectives. Cet aspect superficiel et autoprotecteur relève de causes multiples. D'une part, il reflète un manque d'intégration entre les représentations positives et négatives de soi et de l'objet et par conséquent donne un aspect limité, rigide et primitif à leurs affects.

La nature superficielle de leurs relations affectives est aussi directement liée à l'incapacité à ressentir de la culpabilité ou de la sollicitude donc d'approfondir la connaissance et l'intérêt qu'ils portent aux autres. Leurs réactions dépressives ont un aspect de rage impuissante, avec le sentiment d'être vaincus par les forces extérieures plutôt qu'un sentiment de deuil devant la perte des bons objets et de regret face à leur agressivité envers eux-mêmes ou autrui.

L'état superficiel des affects est représenté par les efforts défensifs pour s'éloigner de tout échange affectif trop proche qui risquerait d'activer leurs opérations défensives primitives, en particulier l'identification projective qui se caractérise par un manque de différenciation entre le soi et le non soi au niveau des pulsions agressives qui se retrouvent projetées sur l'objet et qui par le fait même nécessite d'être contrôlé par crainte d'être attaqué par cet objet qui est en train de prendre de l'importance. La superficialité de leurs contacts affectifs les protège aussi de l'idéalisation primitive et par conséquent du besoin de soumission et de fusion à un tel objet idéalisé. L'idéalisation primitive est

défini selon Kernberg par : « *la tendance à percevoir les objets externes comme totalement bons ce qui permet de protéger l'individu contre les mauvais objets et qu'ils ne puissent être contaminés, abîmés ou détruits par sa propre agressivité ou par celle projetée sur d'autres objets. L'idéalisation primitive crée des images d'objets irréelles, totalement bonnes et puissantes* ».p56 Leurs contacts superficiels les protègent aussi de la rage potentielle devant la frustration de leurs besoins pré-génitaux, en particulier des exigences orales qui sont activées dans la relation à l'objet idéalisé qui réfère ici au besoin de dépendance excessive.

Un autre mécanisme de protection consiste à dévaloriser, exploiter, manipuler les autres afin de garder le contrôle sur l'environnement pour empêcher l'émergence des craintes paranoïdes plus ou moins primitives liées à la projection des images de soi et d'objet agressives. L'échec de la manipulation, la dévalorisation, l'exploitation des autres pour qu'ils procurent la satisfaction des besoins du patient provoquera l'isolation de ce dernier et son retrait dans un monde fantasmagique dans lequel ses relations seront recréées en se voyant capable d'exprimer ses besoins.

4.3 Relations amoureuses dans l'organisation limite de la personnalité

Plus précisément en lien avec la problématique des relations conjugales des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité, d'autres travaux de Kernberg (1995) ont ciblé davantage la question des relations amoureuses. Kernberg identifie la capacité d'établir une relation d'objet totale (définie précédemment) comme préalable pour établir et maintenir une relation

amoureuse. D'après ce qui a été expliqué précédemment, cette capacité tend à être défectueuse chez le patient limite entre autres en raison de l'intervention des mécanismes de clivage et des fragilités du moi. Soulignons toutefois que la possibilité de « tomber en amour » demeure présente. Les difficultés se situent davantage dans la durabilité de la relation amoureuse qui, soumise aux effets intenses de l'idéalisation primitive caractérisée par les mécanismes de clivage, demeure fragile et intolérante face à l'ambivalence. La contre-partie de l'idéalisation primitive est une tendance à présenter des réactions brutales et radicales de déception, la transformation de l'objet idéalisé en objet de persécution et une relation désastreuse avec les objets idéalisés auparavant.

L'idéalisation survenant dans un contexte de relation d'objet totale avec les capacités correspondantes permettant d'expérimenter la culpabilité, la considération et la réparation facilitent l'intégration de l'excitation sexuelle et du désir érotique avec une image idéalisée de l'objet d'amour et de l'intégration du désir érotique avec la tendresse qui caractérise le stade de développement génital.

La théorie de Kernberg apparaît comme une référence pertinente autour de laquelle pourront se greffer les divers éléments de la problématique tout au long de ce processus de recherche. Ce qui a été mentionné précédemment illustre de façon fort intéressante les enjeux liés à la pathologie des relations d'objets internalisées associées à la présence d'une organisation limite. Kernberg montre aussi de quelle façon le contexte conjugal fait réapparaître

dans toute son ampleur la pathologie des relations d'objets dans les organisations limites.

Enfin, soulignons qu'en dépit des multiples options théoriques disponibles pour comprendre la nature du trouble de la personnalité et les conséquences qu'il engendre au plan relationnel chez les individus atteints, la perspective présentée par la théorie des relations d'objets m'apparaît être la plus intéressante pour saisir les processus psychodynamiques en jeu dans la sphère relationnelle des femmes qui souffrent d'une organisation limite de la personnalité.

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE

Introduction au processus de recherche

Après avoir cerné les aspects théoriques de l'organisation limite de la personnalité, ce projet d'étude propose en deuxième partie un devis de recherche qualitatif. Bien que la documentation au sujet de la problématique soit exhaustive et permet effectivement d'atteindre un niveau de compréhension et de connaissance appréciable, la perspective des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité y apparaît de façon moins évidente. En fait, cette recherche tente aussi d'apporter un point de vue qui se situe sous l'angle de l'expérience personnelle de ces femmes qui interprètent chacune à leur manière l'influence de leur structure psychique particulière sur leur vécu relationnel.

Ainsi, la deuxième partie de ce mémoire présente, en premier lieu, la méthodologie employée dans le cadre de ce devis de recherche. Ensuite, le processus d'analyse sera composé de trois chapitres dont le premier présente les représentations de l'objet et les difficultés relationnelles générales. Le second chapitre aborde les sphères conflictuelles dans les relations objectales et le troisième la trajectoire de demande d'aide des participantes. Cette deuxième partie se terminera par une discussion sur les conclusions obtenues par l'analyse des entrevues et sur les implications possibles pour l'intervention sociale.

CHAPITRE V

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de ce mémoire, l'intérêt principal se situe dans l'exploration des expériences relationnelles des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité. L'analyse des entrevues qui ont été effectuées avec des femmes qui ont reçu ce diagnostic permettra une compréhension plus approfondie des dynamiques en jeu dans la genèse des difficultés conjugales de ces femmes et un nouveau regard sur les possibilités de changement. Ceci étant dit, l'étude approfondie de ce sujet nécessite le recours à une méthode de recherche de type qualitatif qui présente comme avantage de pouvoir accéder à la compréhension de phénomènes subjectifs et de certaines réalités sociales dans leur globalité.

La première partie de ce travail, basé sur une revue documentaire, a servi à établir les assises théoriques de la problématique de l'organisation limite de la personnalité à travers l'exploration de son processus de conceptualisation. Ce survol historique a permis l'élaboration du cadre d'analyse suite à la recension des écrits de certains auteurs sélectionnés qui abordent la pathologie de l'organisation limite de la personnalité sous l'angle de la théorie des relations d'objets .

La deuxième partie du travail de recherche a été effectué sur le terrain par le biais d'entrevues pour parvenir d'une part, à une meilleure compré-

hension du vécu des femmes qui souffrent d'une organisation limite de la personnalité à travers l'analyse de leurs dynamiques relationnelles. D'autre part, afin d'identifier le rôle joué par les relations amoureuses parmi les points d'ancrage du changement dans la trajectoire de demande d'aide et enfin de dégager des conséquences pour l'intervention sociale.

5.1 Échantillon

L'échantillon a été constitué après avoir reçu l'aval du comité éthique de l'Université de Montréal. Il a été formé de façon non probabiliste et volontaire considérant qu'il est question de critères d'inclusion précis et d'un sujet qui nécessite avec plus de rigueur le maintien de la confidentialité et de l'anonymat des participantes puisqu'on parle d'un diagnostic psychiatrique. Dans la mesure où les recherches démontrent que les femmes constituent une part importante de l'ensemble des individus qui présentent une organisation limite de la personnalité, l'échantillon est composé de 10 femmes adultes qui présentent ce diagnostic. L'âge adulte est aussi un élément important dans la mesure où avant ce stade on ne peut considérer comme solidement établi le diagnostic du trouble de la personnalité limite. Le recrutement des participantes a été effectué par le biais du programme spécialisé pour les individus atteints de trouble de la personnalité limite d'un établissement hospitalier. Les coordonnées des candidates pour la recherche ont été transmises par l'infirmière de ce programme après leur avoir demandé un consentement écrit à l'aide de la formule créée à cet effet.

La constitution de l'échantillon a été établie en fonction de la collecte de données selon le principe de saturation et en considérant un certain degré de difficulté relié au recrutement des participantes. Le nombre de dix participantes est apparu suffisant pour répondre à l'objectif de la recherche en tenant compte du fait que les entrevues ont permis d'accéder à une quantité d'informations considérable et suffisante.

5.2 Cueillette et constitution des données

La cueillette des données a pris la forme d'entrevues de type semi-structuré. L'utilisation d'entrevues comme méthode de collecte de données a permis d'obtenir une quantité importante d'informations qui a servi à mettre en évidence les enjeux relationnelles dans l'expérience des femmes interrogées. La construction de la grille d'entrevue s'est effectuée en fonction de l'objectif global d'exploration de l'univers relationnel des participantes dans les différentes sphères de leur vie. Les questions réfèrent en premier lieu aux relations et personnes significatives générales. Ensuite, l'intérêt a porté sur les relations familiales, les relations amoureuses, les relations au monde du travail et enfin, sur ce qui a trait à la trajectoire de demande d'aide. Les questions posées sont de type ouverte et laisse libre cours à la participante dans une certaine mesure. Les entrevues qui ont été enregistrées avec le consentement de la participante ont été retranscrites le plus fidèlement possible.

5.3 Analyse des données

L'analyse des données recueillies s'est effectué par le biais de l'analyse de contenu. Le matériel retranscrit a été analysé par des lectures répétées qui

ont fait ressortir les thèmes principaux. Le découpage des données a d'abord été fait en suivant la grille d'entrevue à partir des quatre premières entrevues. Ensuite, après de nombreuses relectures, un second découpage a été refait en fonction de nouveaux thèmes qui reflètent mieux le contenu des entrevues, des thèmes moins pertinents ont été enlevés pour donner lieu à un troisième découpage plus près de la version finale. La quatrième version présentée faisait plus état des sphères conflictuelles dans les dynamiques relationnelles des participantes. Une cinquième version présentée dans ce travail s'est avérée nécessaire au niveau de l'articulation des thèmes et des extraits d'entrevue.

5.4 Objectifs et résultats attendus

L'éclairage que pourra apporter ce projet de recherche sur les dynamiques relationnelles des personnes qui présentent une organisation limitée de la personnalité permettra au minimum, l'obtention d'une compréhension plus globale de l'impact social de ce trouble et idéalement, l'orientation vers des outils d'intervention plus spécifiques.

Les résultats qui émergeront de cette étude visent principalement à atteindre un niveau de compréhension et d'analyse du trouble de la personnalité limitée qui puisse permettre de mieux cibler des objectifs de traitement réalistes et aider les intervenants en contact avec cette clientèle de dépasser les obstacles au travail thérapeutique que cette problématique amène dans la relation aidant-aidé. Ceci afin que celui qui est identifié comme aidant ne devienne pas celui qui perpétue le problème en faisant office de sujet de répétition des échecs relationnels vécus par l'aidé.

CHAPITRE VI

LES REPRÉSENTATIONS DE L'OBJET ET LES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES DANS L'ORGANISATION LIMITE DE LA PERSONNALITÉ

Ce premier chapitre d'analyse présente en premier lieu, un résumé de la trajectoire de vie de l'ensemble des participantes permettant de mieux situer l'expérience de ces femmes en lien avec les difficultés associées avec l'organisation limite de la personnalité. En second lieu, il s'agit de l'introduction des différentes représentations de l'objet qui interviennent au sein des relations significatives chez les femmes rencontrées. Les représentations de l'objet font référence à l'image que la participante s'est construite de l'autre personne. L'analyse des entrevues a permis de répertorier diverses représentations auxquelles les appellations suivantes ont été données: sauveur, accompagnateur, co-équipier et parent idéalisé. En troisième lieu, il est question de l'ambivalence marquée au sein des relations objectales qui ressort dans le discours des participantes comme la difficulté principale dans le rapport à l'autre.

6.1 Trajectoires de vie

Dans le but de permettre une meilleure compréhension du processus d'analyse et de favoriser l'intégration des éléments théoriques présentés en première partie sur l'organisation limite de la personnalité, il me semble perti-

ment de présenter un tableau d'ensemble qui soit représentatif de la trajectoire de vie des participantes à cette recherche.

Sans vouloir réduire le vécu de ces femmes à une énumération de chiffres, un certain nombre de données permettra d'établir un portrait général des femmes rencontrées. L'âge des participantes, qui sont au nombre de dix, se situe entre 19 et 50 ans. En ce qui concerne le statut civil, aucune n'est mariée, toutefois, la moitié sont en couple depuis une durée maximale de trois ans. Au plan de la scolarité, à l'exception de deux participantes qui ont obtenu un baccalauréat, les autres femmes ont difficilement terminé leur secondaire et certaines ne l'ont pas complété. En ce qui a trait à la situation d'emploi, à l'exception de deux participantes, dont une qui participe à un programme de réinsertion au travail, la majorité sont actuellement en arrêt de travail pour une durée indéterminée voire déclarées invalides.

L'historique familial revêt pour toutes ces femmes des expériences traumatiques qui réfèrent à la famille d'origine: notamment, violence psychologique, verbale, négligence affective provenant de l'un et/ou l'autre des parents et dans certains cas abus sexuels. Aussi, la sur-protection et le contrôle excessif apparaissent dans le récit de certaines participantes comme des facteurs qui auraient pu contribuer à l'émergence des difficultés et de la symptomatologie associée aux troubles de la personnalité. Près de la moitié des participantes ont des enfants mais elles ne sont plus en couple avec le père. La présence d'expériences antérieures d'abus sexuels que l'on retrouve dans la trajectoire de la moitié des femmes interrogées exercent une influence considé-

nable dans l'émergence ou l'exacerbation de certains traits de l'organisation limite de la personnalité. Les abus ont été perpétrés par des personnes que les participantes connaissaient sans être nécessairement des membres de la famille. Ce qui ressort de plus marquant chez ces femmes est que l'abus sexuel ou l'agression n'a pas eu lieu à une seule occasion mais à plusieurs reprises par différentes personnes ce qui pourrait amplifier la gravité des conséquences néfastes de cet événement traumatique. Il est indéniable que pour ces femmes, l'établissement d'une relation de couple et de l'intimité qui s'y rattache devient particulièrement menaçant et ceci est illustré par l'instabilité des relations amoureuses qu'elles ont établi.

Dans le contexte de la relation amoureuse, la violence a été vécu par la moitié des participantes et dans ces cas cette violence ne provenait pas toujours de la part du conjoint. Certaines mentionnent que leur colère incontrôlable s'est dirigée vers leur conjoint sous forme de violence verbale et psychologique, rarement physique.

Pour ce qui est de l'historique de l'identification de la problématique de l'organisation limite de la personnalité, ce processus s'est inscrit principalement dans le cadre de consultations à l'urgence répétées à cause de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires. Ces gestes et idées suicidaires, sont survenus dans la plupart des cas suite à l'émergence du sentiment d'abandon dans une situation de rupture ou menace de rupture amoureuse. Chez les femmes qui ont subi des agressions sexuelles ou qui ont été victimes d'abus sexuels, les comportements suicidaires et d'auto-mutilations apparaissent comme une réac-

tion à cet événement traumatique sous forme de colère retournée contre soi. Pour la plupart des femmes interrogées, le diagnostic a été posé il y a moins de deux ans.

En somme, ce qui a été mentionné précédemment représente une description sommaire de l'ensemble des trajectoires de vie des femmes qui ont participé à cette étude. Ce tableau descriptif fait ressortir, les éléments traumatiques qui sont susceptibles de se retrouver associés aux dynamiques relationnelles dysfonctionnelles de ces femmes qui présentent une organisation limitée de la personnalité.

6.2 Représentations de l'objet

Le premier objet de l'analyse concerne les relations significatives que les participantes ont vécues au cours de leur vie. Or on peut constater d'emblée que pour la majorité des personnes interrogées, les personnes significatives sont représentées par des membres de la famille soit, les parents, les enfants ou les membres de la fratrie, ensuite il y a les conjoints et en dernier lieu les amis, les professeurs ou les collègues de travail. Le contenu des entrevues a permis de dégager les différents « figures » que prennent les personnes significatives dans le discours des participantes: le sauveur, l'accompagnateur, le co-équipier dans une relation d'entraide et le parent idéalisé.

Lorsqu'on s'attarde aux mots utilisés pour décrire une relation importante on peut constater dans un premier temps que, la plupart des participantes font référence à l'aide reçue dans certaines circonstances. Il s'agit en fait d'une forme de relation d'aide informelle, une relation qui s'inscrit dans une demande d'aide et de support envers des personnes de l'entourage qui ne sont pas nécessairement des professionnels. Les termes employés pour décrire ces relations font références à l'aide apportée par exemple: « Mon frère, il m'aide si j'ai des problèmes »(2).

Quand on regarde le contenu des entrevues en ce qui a trait aux relations significatives, le besoin de dépendance apparaît de manière évidente, tant dans le contexte de la relation salvatrice que pour l'accompagnateur ou le co-équipier. Il est certain que tous et chacun nous avons besoin d'une personne sur qui on peut s'appuyer si nécessaire toutefois, il semble que pour certaines participantes les relations décrites comme étant significatives reposent essentiellement sur un «besoin d'aide». L'autre est là pour aider à gérer un contenu émotif ou une situation que la femme qui présente une organisation limite se sent incapable de gérer avec ses propres ressources internes, elle doit l'extérioriser : «Une prof, je n'avais qu'elle pour ma survie psychologique »(5).

Ce fond commun traverse la diversité des représentations de l'objet que l'analyse a permis de dégager. L'identification de ces représentations permettra de réfléchir aux rapports à l'objet établis à travers leurs histoires personnelles.

6.2.1 Le sauveur

Dans la problématique de l'organisation limite l'utilité de la vie est souvent re-questionnée, le désir de mort apparaît en quelque part, inévitable dans un contexte où l'existence perd son sens et que la souffrance psychique prend toute la place. L'autre intervient donc dans une certaine mesure, dans un contexte où il est question, à la limite, de vie ou de mort.

Dans ce contexte, les personnes importantes sont intervenues pour certaines, dans un rôle de sauveur, comme le montre ces extraits:

« Mon ex-chum il m'a sauvé la vie plusieurs fois »(2) ;
« Une prof pendant que j'étais au Cégep qui m'a aidé, une autre fois elle m'a sauvé la vie »(3).

La représentation idéalisée de l'autre comme étant un sauveur implique qu'il détient le plein pouvoir sur notre existence et ainsi la place qui nous revient sera celle d'une immense vulnérabilité puisque l'autre occupe une position de toute puissance. Il s'agit d'une situation d'extrême dépendance. Dans cette situation, la relation s'établit dans un rapport vertical où l'autre se retrouve en situation supérieure et laisse peu d'espace pour l'individualité ou de pouvoir sur ses actions et pensées.

6.2.2 L'accompagnateur

Les personnes significatives peuvent aussi prendre un rôle d'accompagnateur, de guide sur lequel la participante peut se fier pour prendre des décisions dans sa vie.

« Celui que j'admire de tout mon cœur c'est mon éducateur, il m'appuyait sur toute la ligne dans les épreuves. Il m'accompagnait. Il prenait le temps de s'asseoir et de discuter avec moi, de peser le pour et le contre, je comprenais mieux avec lui, j'ai beaucoup évolué de ce côté là »(6).

On peut comprendre dans cet extrait que pour cette femme, son éducateur constitue une forme de « moi auxiliaire » plus solide sur lequel elle peut s'appuyer à défaut de pouvoir compter sur ses propres ressources internes pour parvenir à des stratégies de résolution de problèmes adéquates. Dans la figure d'accompagnateur toutefois, il y a tout de même un espace de parole pour la participante qui est plus important que dans le contexte de la relation salvatrice. Accompagner, c'est se joindre à l'autre et le soutenir dans son cheminement.

6.2.3 Le co-équipier dans un rapport d'entraide

À un autre niveau, la relation d'entraide se situe plus proche de la relation dialectique fondée sur le partage d'une condition commune. Dans plusieurs récits, la réciprocité est associée à des personnes qui partagent le statut de « malade ».

« Ma sœur on se remonte le moral, on se comprend parce qu'on a la même maladie »(2); « Une amie avec qui j'ai suivi la thérapie, on est toujours restées en contact. Quand je ne « *feel* » pas bien elle me remonte le moral et quand elle ne « *feel* » pas bien elle m'appelle. Je l'ai sauvé d'une tentative de suicide. On s'appelle à toutes les semaines » (2); « Une copine que j'ai connu à l'hôpital, elle a un trouble de la personnalité limite elle aussi, on s'est connu dans la thérapie. On s'entraide toutes les deux »(4).

Dans ce cas, la relation intervient dans un contexte de demande de support, de soutien, d'aide extérieure à soi, centrée cette fois-ci sur la maladie. Cependant, dans cette situation, le rapport à l'autre n'est pas vertical, mais horizontal car il implique une forme de réciprocité.

Ainsi, ce qui semble dominer est le besoin d'une certaine prise en charge, les personnes interrogées parlent rarement de l'établissement d'une relation égalitaire basée sur des intérêts communs, à l'exception de la relation d'entraide illustrée par ces derniers extraits.

6.2.4 Représentation du parent idéalisé

À un autre niveau, pour plusieurs participantes, l'autre apparaît comme un substitut parentale qui vient combler les manques affectifs qui proviennent de la relation paternelle ou maternelle. La description de ces personnes fait contraste avec celle des figures parentales réelles ce qui implique l'idéalisation de celui qui, après comparaison, comble les besoins affectifs et narcissiques de façon plus satisfaisante que le parent réel.

« Une ancienne collègue, c'était une deuxième mère pour moi »(4); « La voisine, elle avait un respect envers moi comment j'étais, une écoute vraie et peut-être quelqu'un que je sentais solide et qui me conseillait dans des choses, comme une mère que je n'aurais pas eu dans le fond, c'était comme une drogue, en plus moi j'avais la souffrance que je la désirais »(5); « Ça fait des liens qui ont été proches (les éducateurs), ils comblaient ma mère, ma mère n'était pas là, c'était comme tout le côté affectif, ça m'a aidé beaucoup. Ma tante, elle est vraiment soutnante et elle n'a pas de jugement, tu peux tout lui dire, c'est comme ma mère »(7); « Mon père avait une épicerie il y avait un homme qui travaillait là, cet homme là en quelque part...c'était une relation bien particulière et bien importante pour moi. Mon père était souvent absent et lui était toujours là et moi je collais, il répondait à mes questions et il me faisait confiance lui aussi, il me donnait des responsabilités et j'aimais ça, ça me valorisait et ça me faisait du bien »(8). « L'ex-conjoint de ma mère de 90 à 92 c'est le seul de ses conjoints que je me suis bien entendu avec, qui était correct, je me confiais beaucoup à lui, je me sentais sécurisée, j'avais confiance en lui. Si j'avais voulu avoir un père dans ma vie j'aurais aimé que se soit lui(...)Aussi une de mes tantes, elle s'est toujours très bien occupé de moi et elle est intervenue souvent en ma faveur, il y a elle qui a toujours été importante pour moi et encore aujourd'hui. c'est quelqu'un qui est maternelle; ce que je n'ai pas eu avec ma mère.»(10).

La figure maternelle n'est pas nécessairement remplacée par une femme plus âgée, il se trouve que les enfants des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité peuvent aussi occuper ce rôle comme l'illustre cet extrait .

« Ma fille É que j'adore, c'est la plus importante. Je trouve ça le *fun* parce qu'elle ne me prend pas en pitié et quand je me tape sur la tête elle est capable de me dire « ben là »! Elle fait la part des choses d'une façon juste contrairement à moi qui voit tout noir ou tout blanc et elle me ramène et elle n'est pas rancunière. Cet enfant là je l'ai parentifiée; elle est devenue la mère »(8).

On peut constater le mécanisme par lequel ces femmes ont cherché à combler par d'autres relations, les carences affectives qu'elles ont par rapport à leur relation avec leur mère ou leur père. Ces relations auxiliaires servent de substituts à une relation maternelle ou paternelle défaillante et peu nourrissante au plan affectif. Le besoin de réparation narcissique émerge dans le récit des participantes à travers la recherche de figures parentales qui transparaît dans la description des personnes significatives qui fait appel à des caractéristiques de figures parentales idéalisées qui apparaissent très éloignées de celles des parents réels. Les extraits font ressortir les besoins qui n'ont pas été pris en considération par la famille d'origine c'est à dire, l'écoute, le non- jugement, l'acceptation inconditionnelle et la valorisation.

L'acceptation inconditionnelle occupe une place importante dans la mesure où il faut que l'autre m'accepte pour que je puisse m'accepter moi-même. Le jugement négatif prend tellement de place dans le récit des femmes interrogées que l'autre devient nécessaire pour faire taire cette petite voix qui ne cesse de crier tout haut à quel point elle est « mauvaise » et indigne d'être aimée et considérée.

Certains extraits font référence au lacune du milieu familial au plan de l'investissement narcissique et la valorisation qui intervient dans l'organisation des structures du moi. À ce niveau, la personne significative montre une forme d'investissement à travers la confiance accordée à la participante par sa

responsabilisation et en lui donnant la possibilité de démontrer ses capacités, ses habiletés.

Dans l'ensemble, on peut comprendre que les relations significatives servent à répondre à un besoin de prise en charge à divers degrés et à des manques affectifs de la famille d'origine, dans la reproduction de la relation à la mère ou au père dont la figure investit dans ce rôle sera cette fois plus nourrissante et plus valorisante.

L'enjeu relationnel se situe alors dans l'instauration ou la restauration de l'image de soi à travers le moi auxiliaire de l'objet. Pour la plupart des participantes, les personnes significatives sont décrites en fonction de la représentation idéalisée de ce qu'elles auraient souhaité retrouver chez l'un ou l'autre de leur parent. Ceci porte à croire que les besoins affectifs que la famille d'origine n'ont pas comblés réapparaissent de façon systématique dans les relations ultérieures.

Dans la description des personnes significatives on peut entrevoir l'idéalisation dont elles font l'objet dans la mesure où ces personnes répondent à des besoins narcissiques éternellement inassouvis. Ces « bons » objets font contraste avec les « mauvais » objets qui représentent en quelques sortes les figures parentales qui n'ont pas répondu aux attentes et aux besoins affectifs de la participante.

6.3 Ambivalence dans la relation objectale

Plus spécifiquement en ce qui a trait aux dynamiques relationnelles, plusieurs participantes évoquent comme difficultés principales dans leurs liens à l'autre, un besoin de contrôle considérable et l'ambivalence marquée entre le besoin des autres et la peur d'être blessée.

6.3.1 Contrôle et évitement

« J'aime avoir le contrôle »(1); « Être en contact avec le monde me garde en vie; quand je suis seule ça me déprime, mais je tiens le monde à distance, je ne veux pas trop m'investir émotionnellement, j'ai besoin de liberté, j'ai peur d'être coincée, je veux être capable de décider quand je veux partir quand je suis avec le monde »(3).

Bien qu'il soit question de l'ambivalence, ici, c'est le contrôle du contexte relationnel qui apparaît de façon plus évidente, le contrôle de l'investissement émotionnel par crainte d'être envahie et d'être coincée dans la relation, de perdre sa liberté d'être. Ces extraits laissent entrevoir une fragilité de l'identité et des frontières entre le soi et le non-soi, la différenciation entre soi et l'autre. Le besoin d'établir une distance devient nécessaire. Aussi, il s'agit de l'intervention du mécanisme de projection qui implique la peur d'être contrôlé qui se retrouve projetée sur les autres et engendre par le fait même le besoin de prendre le contrôle de la relation.

L'ambivalence est mise en évidence par un discours empreint de contradictions entre le besoin de socialisation et le besoin de protection contre

le risque d'être envahie par l'intrusion de l'autre; ce qui mène à l'évitement des relations pour cette participante.

« Je trouve ça pénible c'est surtout que je n'ai pas vraiment d'amis alors je trouve ça dure, mais je suis en train d'essayer d'accepter que de toute façon dans le fond avoir des amis pour en avoir ça ne m'intéresse pas pour passer le temps. Oublie ça. Ça ne m'intéresse pas et s'il y a du monde qui m'intéresse c'est comme si des fois ça ne me tentait pas de les voir alors il va falloir que je me batte pour ça »(5).

Dans ce que cette participante mentionne, on peut percevoir un processus de défense par lequel le besoin de socialisation se retrouve nié en mettant de l'avant les désavantages qui viennent justifier finalement l'évitement des contacts sociaux.

6.3.2 Faiblesses du moi

Les faiblesses du moi interviennent aussi dans les difficultés relationnelles sous forme de sentiment d'infériorité amenant des comparaisons dévalorisantes entre la participante et son entourage qu'elle finit par vouloir éviter:

« Relation amicale... j'ai des bonnes chums de fille mais je n'ai pas le goût de les voir, je ne suis pas bien. Je ne sais pas, j'ai pensé souvent que justement à cause de la comparaison c'était plus facile de me tenir loin, c'était moins compliqué, plus facile à gérer »(8).

Un autre aspect qui montre le manque d'estime de soi se reflète par l'incapacité à recevoir l'affection de l'autre:

« C'est vraiment des bonnes personnes et c'est vraiment des personnes qui ont de l'affection pour moi mais en quelque part on dirait que je ne la prend pas cette affection là »(8).

6.3.3 Affirmation de soi

À un autre niveau, les difficultés relationnelles réfèrent davantage à des lacunes au plan des habiletés sociales, particulièrement en ce qui a trait à l'affirmation de soi qui est soit inadéquate ou quasi inexistante.

« Ce n'est pas évident ça dépend de mon impulsivité quand j'ai quelque chose à dire ça sort *bing bang*, je suis prompte ce n'est pas tout le monde qui aime ça. Ça crée des conflits quand je suis trop prompte »(2); « Je suis extrêmement timide ça n'aide pas non plus, quand j'étais jeune j'étais pareille, très renfermée à l'école j'étais toujours toute seule pas d'amis, toujours dans mon coin tranquille pour être très discrète, pour ne pas me faire remarquer par personne (...)peur de demander quelque chose à quelqu'un aussi c'est extrêmement demandant pour moi »(10).

6.3.4 Peur du rejet et hypersensibilité

Un élément qui revient souvent dans les extraits d'entrevues est la peur du rejet. Cette crainte semble se poursuivre à l'âge adulte dans le contexte où il y a un historique de situation de rejet et aussi d'hypersensibilité. Ceci semble rendre difficile l'intégration dans les groupes en ce sens où l'interprétation des interactions sociales passe par le filtre de l'hypersensibilité et la crainte du rejet qui sont intimement liées. Les perceptions deviennent teintées par la méfiance et par une distorsion de ce qui est établie dans les relations. On peut se questionner à savoir si la crainte du rejet et l'hypersensibilité pourraient en fait se

fondre en un seul élément en ce sens où, l'hypersensibilité peut amener la participante à percevoir des éléments de rejet alors qu'en réalité il s'agit d'une distanciation normale de l'autre. Les paroles peuvent aussi être identifiées comme source de rejet puisque l'hypersensibilité amène une interprétation peut-être plus dramatique et négative.

Les participantes qui se décrivent comme étant des personnes hypersensibles se perçoivent comme des victimes de l'agression des autres lorsqu'elles font le récit de leurs relations. Il reste à savoir si l'entourage se compose effectivement de personnes mal intentionnées ou si cette perception provient de l'interprétation erronée du contexte relationnel engendrée par l'hypersensibilité liée à la présence de frontières trop perméables.

« On dirait que les autres voyaient que j'étais sensible , j'étais un bouc-émissaire »(4); « Je ne suis pas comprise, moi je veux toujours faire le bien, mon intention est toujours bonne mais je ne suis jamais comprise et n'importe quoi que je fais, je me sens attaquée tout le temps. Je suis tannée, tannée je me sens comme une rose piétinée et je sens toujours que ce que je demande ce n'est pas important mon besoin. Je suis trop sensible je pense et j'ai beaucoup de déprime, beaucoup de *up and down* .. Ils se défoulent sur moi, quand ils sont frustrés, ils savent que moi, c'est sûr que c'est inconscient j'imagine qui doivent sentir que j'ai tellement besoin d'amour que je passe par-dessus bien des affaires alors ils se défoulent tous sur moi »(5).

Encore ici, l'évitement prend toute son importance comme étant un mécanisme de protection contre les contacts trop intimes qui pourraient être une source d'écorchures : « Je vis de nuit surtout, je me lève tard comme ça je ne sais pas, j'ai comme l'impression de me protéger du monde »(5).

On peut associer les difficultés relationnelles décrites à la présence d'un mode relationnel anaclitique caractérisé par l'ambivalence, la dépendance et le besoin de contrôler l'objet pour se protéger contre son intrusion et ses attaques. Les frontières du moi apparaissent mal établies et mobilisent le recours à certains mécanismes de défense, notamment la projection et l'identification projective qui prennent une place considérable dans l'établissement des rapports sociaux des participantes. Ces défenses semblent intervenir de façon importante dans la mise en place de relations ambivalentes.

Ce premier chapitre d'analyse a contribué d'une part, à relever les différentes représentations de l'objet qui apparaissent dans le discours des participantes à travers la description de leurs relations significatives. On a pu attribuer le rôle de relations substitués aux relations parentales qui ont été peu nourissantes dans le cas de plusieurs femmes interrogées comme on a pu le constater à la section sur les trajectoires de vie. D'autre part, le récit des participantes quant à leurs difficultés relationnelles montre en grande partie la nature ambivalente de leur lien à l'autre qui sera regardé davantage par la suite.

CHAPITRE VII

LES SPHÈRES DE CONFLITS RELATIONNELS

Après avoir effectué un survol de l'univers relationnel des femmes rencontrées, le deuxième objet de l'analyse vise à cibler de façon plus spécifique les sphères de conflits relationnels que les entrevues mettent en évidence sur le plan des relations familiales, des relations amoureuses et des relations de travail.

7.1 Relations familiales

En ce qui concerne les relations familiales, les figures parentales représentent un élément important dans la mise en évidence d'une sphère relationnelle problématique qui se retrouve en fait à la base des autres dimensions conflictuelles .

Dans le même sens que l'analyse antérieure a pu le montrer, on a constaté d'une part, qu'il y a des difficultés relationnelles avec au moins l'un des deux parents toutefois, elles ne sont pas de la même nature. D'autre part, les relations avec la fratrie révèlent une forme de rivalité qui s'apparente à celle que l'on peut constater dans la plupart des familles. Finalement, les relations de certaines des participantes avec leurs propres enfants laissent entrevoir l'influence des relations avec la famille d'origine.

7.1.1 Figure paternelle

Ainsi, lorsque les difficultés se situent dans la relation au père, on peut remarquer que ce dernier est décrit comme étant absent ou agressif, violent, impulsif.

« Mon père est impulsif et agressif, mon père fait du trouble de la personnalité »(2); « Violent physiquement, très colérique »(3); « Père absent »(4); « Mon père était alcoolique et *gambler*, il n'est pas capable de parler, c'est un arriéré des arriérés psychologiquement, il ne comprend rien, mon père je suis sûre qu'il m'aime mais il est tellement pogné, aucune émotion il n'est pas capable »(5); « Mon père je l'ai renié jusqu'à la fin de mes jours, je ne viens pas à bout de le pardonner, il m'a abusé. J'ai vu mon père fesser ma mère casser des vitres je pense que je suis restée marquée de ça »(6); « Mon père ça ne clique pas parce que je peux dire qu'il était très critique toujours insatisfait, il était alcoolique agressif, violent verbalement. » (8); « Mon père je ne l'ai pas connu, je l'ai vu 4 jours dans ma vie, il était alcoolique »(10).

7.1.2 Figure maternelle

Les difficultés relationnelles avec la mère semblent se diviser en deux catégories qui se situent l'une à l'extrémité de l'autre dont la première réfère au caractère sur-protecteur de la mère et l'autre à son caractère rejetant.

L'anxiété et le contrôle excessif semblent plus actifs dans la genèse des difficultés personnelles chez les participantes au niveau de leur capacité d'autonomie, d'individuation, la confiance en soi, l'estime de soi et leur besoin personnel de contrôle pour vaincre l'insécurité.

« Ma mère est surprotectrice, ça m'a amené à développer mes problèmes, elle me contrôlait dans tout, je n'ai jamais osé la confronté, je veux pas avoir à me sentir coupable pour ça alors j'évite les confrontations. Elle me couvait trop »(3); « Elle ne veut pas que je sorte trop de la maison, elle veut tout savoir, j'essaie d'être plus cachottière avec elle pour mettre un peu de distance, elle est vulnérable, insécure »(4); « Quand j'étais enfant j'ai été élevée par ma grand-mère parce que maman étant donné qu'elle avait divorcé j'avais juste 8 ans, on a été élevé sévèrement, très autoritaire. Malgré tout, ma mère avec tous les problèmes elle a toujours été proche de moi, (6) .

D'autre part, il y a le rejet de la mère, la négligence affective et la violence psychologique qu'elle exerce qui sont vécus difficilement par certaines participantes.

« Ma mère ne m'aime pas, j'ai toujours eu l'impression d'être de trop, d'être le mouton noir »(1); « Ma mère me rejetait beaucoup, ma mère c'est sur elle ne m'a jamais accepté, elle était folle, en tout cas elle avait une maladie mentale mais je ne sais pas laquelle, elle était très contrôlante, agoraphobe, très peureuse de tout, elle est morte d'un cancer et elle en a eu trois dans sa vie, elle était très méchante et elle le disait elle-même »(5); « Ma mère est « *borderline* », elle pétaait des crises pour rien, elle était spéciale, ma mère buvait, elle avait comme moins de temps pour nous ôtes, j'ai plus connu les gardiennes. Je pense que la seule affaire qui m'a sauvé là mais même à ça j'ai bien des carences là mais ça été mes amis pendant ce temps »(7) ; « Ma mère était extrêmement violente mais en parole, la communication est bien difficile, j'ai toujours eu une certaine crainte à l'affronter, peur d'affronter c'est terrible pour moi. Elle ne démontrait aucune affection ça été très dure. Ma mère quand j'étais jeune j'étais beaucoup laissée à moi-même, ma mère elle ne faisait pas d'activités avec moi ou de choses comme ça, j'étais souvent traitée de noms, elle me menaçait souvent de me placer parce qu'elle a déjà été placée dans un pensionnat »(10).

Au plan des dynamiques familiales avec les figures parentales, on peut retenir que dans le cas des femmes qui décrivent une relation avec le père qui apparaît néfaste par son caractère de violence, on voit souvent apparaître dans la description de la mère son rôle protecteur qui intervient dans une certaine mesure pour contrebalancer et protéger la participante. À l'inverse, lorsque la relation à la mère est négative en raison de la négligence et du rejet, la relation au père vient dans certaines situations combler une partie des manques affectifs par une présence apaisante et fiable.

Un autre élément qui ressort est relié à l'influence des dynamiques familiales sur l'émergence de l'organisation limite de la personnalité à travers la transmission de trait de personnalité. L'impulsivité et l'agressivité identifiées chez le père est aussi présente chez ces mêmes participantes qui l'ont nommé tout comme le besoin de contrôle et l'insécurité identifiés chez la mère sont aussi des caractéristiques que les participantes s'attribuent à elles-mêmes.

7.1.3 Les relations avec la fratrie

Les relations avec la fratrie contiennent aussi des éléments conflictuels, entre autres avec les sœurs où les conflits semblent plus fréquents. Avec les frères il semble que se soit moins présent, il y a une plus grande complicité. Dans certaines situations ce serait parce que les sœurs semblent présenter une problématique semblable à celle de la participante, il s'agit d'une situation plus confrontante.

« Avec ma sœur *borderline* c'est revenu depuis 1 an ou 2 ça vient et ça part, les conflits sont déclenchés par son attitude. Ça fini qu'il y en a une des deux qui appelle l'autre mais pendant le conflit je me sens agressive, angoissée ça peut prendre 3-4 mois pour s'arranger » (2);
 « J'ai aussi une sœur de 35 ans, on se chicanait souvent maintenant c'est mieux, elle a un toc et on est perfectionniste toutes les deux »(4).

Comme dans la plupart des familles, il y a une certaine hostilité entre sœurs ou entre frère et sœur et à cet effet il n'y a pas réellement d'éléments de démarcation si ce n'est dans cette situation dans laquelle la participante ressent de l'agressivité envers sa sœur de façon marquante:

« Le seul conflit que j'ai c'est avec ma sœur, je lui ai lancé des couteaux à ma sœur, elle se cachait dans les toilettes et je lui lançais des couteaux (...) quand je me suis ramassée en dedans au mois d'août c'est à cause de ma sœur, j'ai fait des menaces à ma sœur »(9).

L'agressivité entre frère et sœur peut laisser des blessures qui ne se sont pas nécessairement cicatrisées avec le temps et l'attente de la réparation peut s'avérer frustrante.

« Aujourd'hui, c'est mon plus jeune frère, lui, il ne comprend rien et D. le plus vieux il était toujours violent avec moi, il m'en a toujours voulu, je ne sais pas pourquoi et moi je passais toujours par-dessus ça, mais je ne veux plus faire ça. Dernièrement, il y a eu un revirement, mais moi ça ne me satisfait pas parce que j'ai tellement manqué d'amour que c'est jamais assez. Si tu veux me prouver que tu m'aime donne-moi telle affaire. J'ai encore beaucoup de rancune, je sens encore beaucoup de colère, je me dis pour réparer ça au moins achète-moi un *char* neuf ou achète-moi .. Ou fait quelque chose »(5).

Au niveau des relations avec la fratrie en général, on peut noter que l'avancement en âge contribue à l'amélioration des contacts qui deviennent plus satisfaisants et moins conflictuels. Le stade de la jalousie et de la rivalité laisse place à une plus grande complicité. Le contenu des entrevues à ce propos ne montre pas de façon significative l'influence des relations avec la fratrie sur l'émergence de l'organisation limite de la personnalité.

7.1.4 Relation mère-enfant

Quelques participantes ont des enfants avec lesquels elles entretiennent des relations qui n'ont pas toujours été faciles.

« Je suis tombée enceinte à 16 ans et j'ai eu mon gars à 17 ans et ma fille va avoir 28 ans. Quand le père des enfants a demandé la garde de mes enfants ça j'appelle ça la plaie de ma vie, malgré qu'aujourd'hui ma fille est super et la communication avec moi est bonne. Elle vient faire des tours. Mon gars moins parce qu'il y a un froid entre moi et lui actuellement parce que si ton propre fils te disais juste avant les fêtes : « je te considère comme ma mère par le sperme, maman, mais je veux t'avoir pareil pour la fin de semaine chez moi », j'y demande as-tu un sofa- lit ? Non. Il dit : « maman, je veux coucher avec toi, je lui dit, tu as bien dit « maman ». Je suis ta mère respecte moi au moins. Depuis ce temps là on ne s'appelle plus »(6).

Les frontières apparaissent mal établies pour cette participante, la question de la sexualité revient à plusieurs reprises à travers le récit d'expériences d'abus, d'agressions et d'harcèlements sexuels et cette problématique semble se reproduire dans le cadre de sa relation avec son fils qui transgresse, lui aussi, les limites.

La répétition des scénarios de la relation à la famille d'origine se transpose dans les relations de la participante avec ses propres enfants, le placement qui se perpétue dans le contexte de la présence d'une organisation limite de la personnalité qui engendre l'instabilité dans la capacité à maintenir la régularité et la stabilité nécessaire à l'éducation des enfants.

« Les miens sont placés mais je pense qu'il n'y a pas une journée de ma vie que je n'y pense pas. Ma mère ce n'est pas ça. Lui G son père est parti j'étais enceinte de trois mois et O il a vu son père peut-être 3-4 fois jusqu'à l'âge de 4 ans. Ils sont partis la première fois, à la maternelle mais il y avait eu d'autres petits placements avant ça. J'étais vraiment rendue dysfonctionnelle, ça faisait 8 mois que je ne mangeais plus. La deuxième fois ils sont revenus avec moi après l'épisode de mon beau-frère. Ça n'a pas fonctionné. Ils sont placés jusqu'à majorité, j'ai des bons contacts avec eux autres »(7).

Dans l'extrait qui suit, la participante prend conscience de la transmission du modèle d'interaction qu'elle a connu avec son père et qu'elle a transposé dans sa relation avec sa fille. Mis à part le fait que la dynamique relationnelle que cette participante met en place avec sa fille ressemble à ce qui a été établi entre elle et son père antérieurement, la fille de cette participante se retrouve essentiellement dans le rôle de la mère par un processus de parentification.

« Ma fille É que j'adore c'est bien comme relation aujourd'hui avec elle et ça jamais été mal parce qu'elle est plus équilibrée que moi. Elle est moins émotive. Longtemps et encore aujourd'hui je vivais de la culpabilité par rapport à elle parce que cette petite fille là je l'avais eu à 19 ans et je n'étais pas mariée, je n'étais pas casée et je ne le

suis pas encore. Je me sens coupable parce que mon maître je lui ai fait subir. C'est sûr je suis devenue exactement comme mon père: impatiente, intolérante, exigeante, criarde, nerveuse, vouloir que l'autre soit parfaite sans y montrer comment. Je veux dire, c'est ça la différence avec mon père. Il aurait voulu que je sois parfaite de même, par miracle, sans m'écouter, sans me donner de l'attention, sans me dire qu'il m'aimait, mais ma fille j'ai été bien dure avec elle verbalement mais à chaque fois que je le faisais, je me confondais en excuses, en pardon en culpabilité et à un moment donné elle m'a dit « tu n'es pas tannée de t'excuser ». C'est là que je me suis réveillée, c'est là que j'ai eu ma claque et que je me suis dit : « il y a quelque chose de pas normal ». Avant ça, je le disais pis j'étais convaincue mais je n'allais pas plus loin, je braillais, je consommais. J'ai développé des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et à 30 ans j'ai pensé qu'il valait mieux que je meurs que de vivre ça et de lui faire vivre ça. C'était vraiment ma culpabilité vis à vis d'elle qui a fait que j'étais convaincue qu'il valait mieux que je meurs, qu'elle connaisse quelqu'un d'autre qui prenne soin d'elle parce que j'étais convaincue qu'il n'y avait rien à faire »(8)

Pour une autre participante, la présence de ses enfants s'inscrit dans un processus de réparation dans la mesure où elle leur accorde beaucoup d'importance contrairement à ce qu'elle a pu recevoir de sa mère.

« Mes enfants c'est sûr, c'est hyper important c'est la place numéro 1. C'est vraiment super important. Très jeune je voulais avoir des enfants, je voulais en avoir 5, là j'en ai 4. Mais c'est bien pis, à chaque fois je tombais enceinte, j'accouchais et j'avais déjà le désir d'en avoir un autre. C'était vraiment un désir là je voyais un bébé et j'avais encore envie d'en avoir un autre jusqu'au 4^e. Pendant ma grossesse j'ai su que là c'était la dernière, je ne ressentais plus le besoin d'en avoir d'autre »(10).

En terme de conclusion concernant l'exploration des relations familiales, il est indéniable que pour l'ensemble des participantes, les relations avec

la famille sont à l'origine d'un besoin de réparation narcissique qui s'inscrit dans la recherche de figures parentales idéalisées comme on a pu le constater dans le chapitre précédent. L'analyse des relations familiales nous amènent à considérer l'apport de l'apprentissage de comportements, de schèmes de pensée et d'attitudes qui proviennent des figures parentales. En ce sens, j'y perçois la possibilité d'un travail d'apprentissage, d'une évolution qui vise la modification de ces modèles d'interactions afin de diminuer la répétition inter-générationnelle de dynamiques relationnelles dysfonctionnelles.

7.2 Relations de couple

L'analyse des dynamiques conjugales apparaît d'une grande pertinence pour une compréhension élargie de la problématique de l'organisation limite de la personnalité. Il s'agit du contexte relationnel au sein duquel les pathologies des relations d'objets sont mises en évidence pour devenir une source possible de motivation au changement pour la plupart des femmes interrogées. La relation amoureuse représente pour plusieurs d'entre elles, une occasion de réparer ou de pouvoir espérer enfin recevoir l'amour et la reconnaissance qui n'ont pas été reçus dans le contexte familial. Comme certains extraits de cette section le montre, le contexte conjugal peut apparaître comme un lieu de réflexion et de travail sur soi.

L'analyse des entrevues fait ressortir divers éléments qui prennent place dans la scène amoureuse de façon à générer des dynamiques conjugales qui révèlent les enjeux relationnels des femmes rencontrées. Il s'agit de la question

du contrôle, de la fragilité de l'estime de soi, de la peur de l'intimité, de la dépendance, des gestes suicidaires et de la peur de l'abandon, de la jalousie, des exigences élevées et de la violence. Enfin, le désir de réussir sa vie de couple intervient pour certaines participantes comme une source de motivation au changement.

7.2.1 Contrôle

La question du contrôle prend ici tout son sens dans un contexte où les notions d'identité, d'individualité et de frontière apparaissent cruciales. Il n'y a pas toujours des rapports de violence, mais le contrôle apparaît chez les participantes comme étant un moyen d'imposer une façon d'être chez le conjoint. Il y a en quelque part, une mauvaise acceptation des différences, de l'individualité de l'autre qui ne correspond pas intégralement à l'image idéalisée du conjoint:

« Au niveau de l'intimité, c'est difficile, je suis très contrôlante, mais là j'essaie de le travailler avec mon chum. Moi, si tu ne fais pas comme moi ça ne fait pas, il faut que je fasse attention parce que tu ne peux pas être nécessairement comme moi »(7).

Le contrôle est aussi un moyen de gérer la distance affective qui semble difficile à jauger: « J'ai de la misère à lâcher prise, je suis sensible au rejet, je veux tout contrôler, ça gruge de l'énergie »(4).

7.2.2 Fragilité de l'estime de soi

Chez certaines, la fragilité de l'estime de soi se reflète dans la difficulté à recevoir de l'autre:

« C'était moi qui était dysfonctionnelle quand ils étaient trop fins, à un moment donné, ça me tapait sur les nerfs »(7); « Il était trop gentil c'était trop pour moi, donne-moi pas tout ce que tu peux »(3).

La sphère des relations amoureuses prend une place considérable dans la vie des participantes, dans leur perception d'elles-mêmes et leur niveau de confiance en elles. On peut voir que, contrairement aux extraits précédents, ceux-ci montrent d'une part, l'importance de la relation amoureuse pour soutenir une image de soi positive et d'autre part, l'idéalisation de la relation de couple comme une garantie pour atteindre le bonheur.

« Il y a des journées que je suis très impatiente d'avoir un homme dans ma vie, je pense que ça va m'aider dans ma confiance et mon estime, ça va me donner l'impression d'être plus normale. Je ne trouve pas ça normale de ne pas avoir de chum et d'enfants, je serais plus heureuse d'avoir une belle relation, quand je vais avoir une maison, une auto, un chum, c'est ça le bonheur »(4).

Pour une autre participante, le regard de l'autre est nécessaire pour venir confirmer son sentiment de confiance au moment où elle le ressent parce qu'il est tellement fragile et qu'il est basé sur des facteurs externes comme l'apparence physique:

« Là, j'aimerais ça rencontrer quelqu'un, mais quelqu'un va tu m'aimer comme je suis, me prendre vraiment comme je suis, moi, je ne suis pas parfaite. Je voudrais, mais tu vois, je ne fais rien pour, je viens de me raser la tête. Je ne peux pas rencontrer, impossible, je suis sûre que le monde regarde trop ça, je ne peux pas aller dans les bars, je ne rencontrerai pas, c'est laid. C'est comme si c'était trop intenable, je me trouvais belle comment j'étais et comme jamais j'ai été et là, parce que je ne rencontre pas dans ces 6 mois là parce que moi je suis bien belle dans ma tête et que j'ai confiance en moi, tout à coup que je rencontre jamais aussi bien de tout saboter là »(5).

Cet extrait montre aussi de quelle façon le jugement négatif que la participante a envers elle-même se retrouve projeté sur les autres; puisqu'elle se trouve laide avec les cheveux rasés, tout le monde doit la trouver laide. Le rasage de ses cheveux devient un acte de sabotage qui illustre l'ambivalence dans le désir de rencontrer, quelqu'un.

7.2.3 Peur de l'intimité

La peur de l'engagement et de l'intimité intervient pour certaines suite à des expériences d'abus sexuels. L'évitement des relations affectives devient alors l'alternative de choix dans la mesure où le rapprochement est vécu comme une intrusion au même titre que l'abus a pu l'être.

« Il a commencé à trop s'attacher, à être trop envahissant. J'ai trop de problème à être proche, j'ai des gros blocages par rapports aux agressions, j'ai de la difficulté avec l'intimité, j'ai bien de la misère, je ne peux pas avoir de relation sexuelle, je panique bien raide et j'ai mal. J'aime mieux rester seule, de toute façon j'ai trop de problèmes à régler et ça ne me manque pas trop parce que j'aime être libre »(3); « Moi, c'est d'ouvrir mon cœur dans le fond, c'est de me laisser apprivoiser, j'ai tellement peur et vivre toute seule c'est facile, peur de l'engagement. Je

suis vraiment dans un gros blocage, la sexualité c'est con mais c'est tellement un problème dans mon cas c'est l'enfer. Les séquelles des abus, je les ai encore dans mon couple côté affectif, côté sensualité, côté intimité. Je ne suis pas capable avec mon chum. J'ai de la misère à entrer en intimité »(7).

La peur de l'intimité provient aussi d'une peur de perdre qui prend toute la place, ce qui est paradoxal considérant le désir incommensurable d'être en relation, d'être en amour .

« Avec les hommes c'est particulièrement difficile, j'ai eu plusieurs copains et beaucoup de déceptions. On avait de la difficulté à communiquer, à se rejoindre. Je n'ai pas eu aucune relation satisfaisante et durable. J'ai de la difficulté à me laisser aimer, à accepter que les gens m'aiment. C'est épouvantable, quand je suis entrain d'obtenir ce que je veux, j'ai peur de le perdre, j'ai peur d'être désirée, j'ai peur d'être regardée, de perdre »(4).

Perdre dans un contexte où l'autre part avec une partie de soi-même, avec une partie de notre identité et de notre valeur, le risque est trop grand, angoissant. La peur d'être regardé c'est aussi d'une certaine façon, la peur d'être évalué, jugé négativement puisque la femme se juge elle-même sévèrement.

7.2.4 Dépendance

En contraste avec la peur de l'engagement, apparaît un mode relationnel basé sur la dépendance et le besoin de sécurité, ce qui fait écho au polymorphisme clinique qui caractérise ce trouble.

« D., c'était un modèle pour moi dans le sens que s'il n'était pas présent je ne vivais plus, j'étais complètement dépendante de lui. Ça avait pas de bon sens. J'ai beaucoup besoin d'amour et je suis allée apaiser mon insécurité face à ma famille avec mes copains »(1); « Ça m'a pris 10 ans à l'oublier. Sans exagérer. Ce n'est pas des farces, je rêvais à elle toutes les nuits, une vraie folle, une vraie obsession. Moi, je tombe en obsession quand je suis là dedans. L'autre on s'est laissé ça fait 3 ans, j'ai été deux ans mal, mal, mal. Appeler la nuit pour essayer de la rejoindre. J'étais obsédée au bout, pas capable d'accepter»(5); « Je me demandais pourquoi je faisais maximum 3 ans avec un homme c'était moi le problème, je disais que je les aimais mais dans le fond ce n'était pas de l'amour c'était plus de la sécurité que je cherchais. Je n'ai jamais été chanceuse, je me laissais avoir pis je perdais toujours quelque chose avec eux autres. Aujourd'hui je me dis je suis fière de moi-même parce que je suis plus indépendante »(6); « C'est sûr que je n'ai pas fait en sorte d'avoir une sexualité bien plaisante parce que j'étais dépendante affective et que je connais pas la personne ou à peu près pas et je pars avec, c'est sûr que j'ai eu des expériences malheureuses »(8) ; « Pas l'avoir, je ne sais pas si je serais encore ici parce que j'avais quelque chose à quoi m'accrocher, de savoir qu'il y a quelqu'un qui t'attend, tu t'accroches. J'ai besoin de quelqu'un à côté de moi, d'avoir quelqu'un de proche, de rester toute seule aujourd'hui c'est difficile. J'ai besoin de savoir que j'ai quelqu'un. J'ai besoin en tout temps. Je sais qu'elle va être là c'est une petite sécurité. C'est toujours le *fun* de savoir qu'il y a quelqu'un qui tient à moi à part de la famille »(9); « Je me suis toujours engagée très vite dans mes relations, toujours tombée en amour très vite. Très vite, j'ai commencé à l'aimer par-dessus la tête, intensément, aveuglément. Au début, c'est tellement beau là. Moi je donne à deux 200% là dedans. Moi je disais qu'il ne m'aimait pas, mais c'était pas qu'il ne m'aimait pas, mais c'est qu'il ne me le démontrait pas autant que j'aurais aimé. Moi, c'est comme il ne m'aime pas s'il n'est pas toujours accroché après moi. C'est bizarre, mais c'est de même dans ma tête des fois »(10).

7.2.5 Abandon et suicide

Chez certaines femmes rencontrées, la question du suicide intervient plus particulièrement dans le contexte conjugal. Dans ce cas-ci, les gestes suicidaires sont reliés à une forme de contrôle exercé envers le conjoint.

« J'ai eu juste un conjoint pendant 10 ans, c'est fini depuis 1 an, les deux dernières années ont été difficiles, j'ai fait plusieurs tentatives de suicide, ça faisait des conflits dans le couple. Chaque fois qu'il disait quelque chose qui ne faisait pas mon affaire je me disais qu'il ne veut pas ça alors ça ne vaut pas la peine de vivre. Je vais me tuer. Depuis que c'est fini, je ne fais plus de tentatives de suicide. Je me mutilais à la place, mais j'ai arrêté depuis 6 mois » (2).

Les idées suicidaires émergent dans le besoin d'être reconnue comme une personne unique et dans le besoin de mettre en place une relation exclusive avec l'autre, ce qui pourra ainsi prouver à cette autre participante que son conjoint tient à elle. Son existence a un sens parce qu'elle a quelqu'un d'autre pour qui exister à défaut de pouvoir exister pour elle-même: « Si je ne me sens pas unique pis importante ça ne vaut pas la peine de vivre »(8).

La tentative suicidaire est un appel à l'aide, un cri du cœur pour éviter d'avoir à ressentir le sentiment d'abandon et l'angoisse. En fait, ce n'est pas nécessairement le sentiment amoureux qui est l'enjeu, mais l'évitement de la souffrance, de l'état dépressif, de la dysphorie, de la souffrance viscérale reliée à l'abandon.

« En novembre il est parti ça c'était l'enfer. Moi j'étais complètement désemparée. Il m'a abandonnée. C'était l'enfer. Je me suis taillés les poignets à ce moment là, pas pour vouloir mourir, mais pour crier mon désespoir. Je ne savais pas comment le dire c'était le seul moyen pour le retenir pour qu'il se réveille. C'était l'enfer »(10) .

Dans l'extrait suivant, la peur de l'abandon et du rejet est si envahissante qu'elles amène cette participante à saboter les possibilités d'établir une relation durable en y mettant fin de façon précipitée. Encore une fois, l'évitement intervient comme mécanisme de défense par excellence afin de ne pas avoir à souffrir de l'abandon ou du rejet imaginé ou appréhendé.

« Je les testais tout le temps jusqu'au temps qui soient tannés pis qui disent « là j'en ai assez » avant même qu'ils le disent, moi, j'étais partie. Je viens de le faire. Le sentiment d'abandon, je ne suis pas capable de vivre ça. J'abandonne. J'essaie de me persuader que j'avais toutes les raisons du monde pour que ça ne continue pas (...) Je suis dure avec les hommes, pas capable de vivre avec pas capable de vivre sans. L'abandon, c'est un sentiment profond que je ne sais pas maîtriser comme mes émotions de colère et d'agressivité par rapport à ça »(8)

7.2.6 La jalousie

La jalousie, à la base, provient d'un manque de confiance envers soi-même, un sentiment de ne pas être à la hauteur, un sentiment d'infériorité qui sera transformé en manque de confiance envers l'autre, en jalousie. Ce sentiment, intense et envahissant, peut être destructeur.

« Être jalouse, c'est ça qui me gruge par en dedans. Ça remonte instantanément. En étant jalouse ce n'est pas bon pour le couple. Mes relations de couple se sont détério-

rées à cause de ça. Incapable de faire confiance à l'autre c'est dur à vivre »(10).

La jalousie implique aussi l'exigence d'une relation exclusive, unique sans personne autour, afin d'éliminer la menace qui plane que quelqu'un puisse prendre notre place:

« Moi il faut que je garde ma place, il faut que je sois convaincue qu'il n'y ait pas personne qui passe avant moi. Il fallait qu'il vienne me rassurer. Ça venait le chercher quand je tombais dans mes états de jalousie. C'était merveilleux, mais il ne fallait pas qu'il y ait de lien avec personne autour. Alors c'est sûr que ce n'est pas possible »(8).

7.2.7 Exigences élevées

Les exigences élevées envers l'autre reflètent l'intransigeance des participantes envers elles-mêmes et la difficulté à accepter l'autre comme étant un individu différent d'elles.

« J'ai de la difficulté à être heureuse de ce que j'ai. J'ai beaucoup d'attentes envers les hommes. Je suis vite en affaire, je pense que je suis amoureuse de l'amour, je veux tellement être en amour que je suis prête à avoir n'importe qui et ensuite je veux les changer. Se déprogrammer à avoir des attentes ce n'est pas facile. Je m'attends à ce qu'il soit parfait, je sais que la perfection n'existe pas. Je travaille là dessus »(4) ; « Les relations de couple, les relations amoureuses, pour moi, ce n'est pas possible parce que je suis compliquée moi-même, parce que je suis exigeante. J'ai des grandes attentes, parce que je suis sensible. C'est toujours des relations parfaites que ça me prend, mais je fais tout pour pas que ça le soit. Je m'en rendais pas compte. J'ai des attentes, je dis ce que je veux, ce que j'ai besoin et je veux qu'ils me disent ce qu'ils veulent et ce qu'ils ont de besoin, mais

s' ils n'ont pas besoin de moi, ce n'est pas normal, ça me blesse »(8).

La relation parfaite semble être, la nécessité que l'autre soit dépendant de soi autant que nous le sommes de lui. La perfection est de reconnaître en l'autre le miroir de soi-même sous une forme idéalisée. La différence, semble être une source d'insécurité parce qu'il est difficile de contrôler complètement ce que nous ne connaissons pas .

7.2.8 Violence

Pour la plupart des participantes il y a des antécédents de violence conjugale. Toutefois, on peut percevoir que la présence de violence au sein des relations amoureuses ne provient pas toujours et exclusivement du conjoint. La difficulté à contrôler la colère de certaines participantes se transforme dans certains cas en violence verbale. La colère apparaît dirigée particulièrement contre les conjoints. Elle semble disproportionnée et déplacée parce qu'en fait, on peut soupçonner qu'elle s'adresse davantage à une figure parentale ou à un agresseur. La colère s'exprime aussi à travers le désir profond que l'autre nous démontre ses sentiments exactement selon la manière que nous avons déterminée. Inévitablement l'autre étant une personne différente, il est impossible que cela survienne.

« Intimement, ça été beaucoup plus difficile parce que je me laissais aller à vivre ma colère, ma rage et tout ce qui avait en dedans de moi. Je l'ai craché si je peux dire, avec les partenaires que j'avais. Il y en a eu des très violentes verbalement, pour ça j'avais un don. J'ai toujours été en relation avec des hommes qui étaient foncièrement bon,

mais je n'ai jamais cru qu'ils pouvaient m'aimer. J'étais toujours pas sûre de leurs sentiments. J'étais toujours en train de leur faire passer des tests puis eux autres échouaient les tests puis moi j'étais enragée. Je leur expliquais comment ça devrait être. Moi, je sais tout par cœur ce que c'est une relation saine, enrichissante, mais comme je disais tantôt, c'est dans la pratique... je ne me sens pas pris en considération ou écoutée alors je suis toujours en train de vérifier si je suis à la bonne place. Je vois tout de suite les mauvais côté avant les bons, je tire vite mes conclusions. Quand je commençais, je pouvais être des heures à crier, critiquer sans arrêt. Après mes crises de colère je revirais ça, je faisais le bourreau et là je devenais victime dans le sens que je me confondais en excuses »(8); « Avec S j'ai toujours eu l'impression qu'il ne comprenait pas ce que je disais ou qu'il s'en foutait. C'était toujours à répéter. Ça revenait toujours au même. Il recommençait les mêmes affaires. Je l'avais idéalisé et après je voulais qu'il soit comme je l'avais idéalisé. Il n'était pas capable alors ça me choquait, ça m'enrageait noir. La moindre petite gaffe qu'il faisait là, je ramenait tout même l'année passée. Je lui remettais tout sur le dos à chaque fois au lieu de prendre la chicane et dire c'est ça qui se passe. C'est ça qui arrive là. Je ramassais tout le gros paquet. Ça sautait là, ça explosait, ça durait longtemps, des heures.»(10).

Dans la problématique de l'organisation limite, il semble que les événements du passé ressurgissent souvent de façon aussi intense qu'au moment où ils ont eu lieu et l'émotion et les sentiments qui y sont reliés sont alors transposés dans un contexte actuel devant l'autre qui nous rappelle en quelque sorte ces événements. Le passé est sans cesse rejoué et ressenti sans que le temps puisse atténuer l'intensité de la souffrance, de la rage. Cette rage et cette souffrance se retrouvent à être exprimées de façon disproportionnée à la personne qui suscite une image représentative d'une situation passée.

7.2.9 Les relations amoureuses comme source de motivation au changement

Le présent travail de mémoire vise essentiellement à identifier les points d'ancrage du changement chez les femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité. Il apparaît dans ces extraits, que les difficultés conjugales semblent une source de motivation au changement pour ces femmes.

« Depuis 3 ans, il y a J. qui est revenu dans ma vie, mais ce n'est plus le bonheur total, mais il y a beaucoup d'amour. On a changé les deux. On s'engueule 24 heures sur 24 et si on ne se chicane pas on n'est pas bien, je suis bien malgré les conflits, mais j'aimerais changer ça. Je ne veux pas avoir d'enfant dans un contexte de conflit. J'ai déjà commencé à changer ça. Je mesure mes paroles, j'essais de moins poigner les nerfs. Je l'accepte plus comme il est. Il changera de son côté aussi, quand il y en a un qui change l'autre suit »(1).

Il est particulièrement intéressant de percevoir dans l'extrait suivant une prise de conscience qui suggère que les difficultés relationnelles ne proviennent pas nécessairement de l'autre, mais surtout de soi-même à travers la projection de notre histoire. Aussi, la participante réalise la nécessité de procéder à une démarche de guérison personnelle afin de favoriser l'établissement de relations plus satisfaisantes.

« Personne va m'aimer qui est normal. Je suis sûre de ça. Alors là, je suis comme résignée, je ne rencontrerai plus. De toute façon j'ai toujours l'impression que je suis à la veille de mourir. Je sais que ça part de nous autres tous les gens qu'on rencontre alors il faut que je guérisse ça si je veux rencontrer quelqu'un de sain »(5).

La répétition des échecs amoureux suscite un questionnement qui se situe à la source de la demande de consultation et qui s'inscrit dans un processus de changement.

« Je suis allée voir une psychologue à un moment donné parce que là il y avait juste lui qu'il fallait que j'écoute. Ça en était un qui me *runnait*. C'est vraiment de la cruauté mentale. Je suis partie et quand j'ai vu qu'il me jouait du violon pour que je retourne et qu'il réussissait, j'ai vu que j'avais un trouble de la personnalité »(6). « Je ne veux pas vivre sans, je veux apprendre à vivre avec, mais je vais commencer par vivre avec moi. J'ai espoir parce que je change. Je comprends mieux je vois plus où je dois mettre des efforts et ça reste un but d'avoir une vie de couple intéressante et enrichissante, mais ce n'est pas pour maintenant. Je me sens fatiguée. Oui c'est sûr dans le sens que j'ai appris à me connaître, mais c'est trop dur. Je ne suis pas bien. C'est toujours trop ou pas assez. Les aspects positifs, c'est d'avoir encore le goût de changer pour que ça marche parce que c'est sûr que c'est plus agréable de partager quelque chose avec quelqu'un et d'être capable de faire confiance à quelqu'un. Lui dire vraiment ce que tu ressens, être accueillie comme que je suis et c'est un besoin pour moi. J'ai souvent dit que ce n'était pas possible. Ça peut l'être si je travaille fort »(8).

En dépit des difficultés relationnelles, réussir une vie de couple demeure un objectif chez la plupart des femmes interrogées.

De façon sommaire, ce qui est décrit, ce sont essentiellement des difficultés à gérer les distances affectives que ce soit au plan de l'évitement de l'intimité ou que ce soit, dans le pendant inverse de la dépendance. Ce qui nous ramène à penser à la fragilité des frontières du moi et à la précarité de cette instance psychique dans l'organisation limite de la personnalité. Le processus inachevé d'individuation et de la construction identitaire provoque

une intolérance à la différence et l'individualité de l'autre qui est vécue comme une menace à la relation et qui suscite la peur de l'abandon, la jalousie, la colère et un grand besoin de contrôle afin d'apaiser ce sentiment intolérable d'insécurité. Les difficultés liées aux relations amoureuses donnent lieu à l'émergence d'un désir de changement chez plusieurs participantes, cette motivation prend sa source dans l'espoir de pouvoir établir une relation amoureuse satisfaisante qui pourra poser un baume sur les blessures narcissiques du passé.

7.3 Relation avec le monde du travail

Au niveau de la sphère du travail, les entrevues montrent de façon générale, que les participantes ont eu peu d'expériences de travail et parmi celles-ci, elles ont été rarement positives. Les difficultés liées au monde du travail réfèrent essentiellement à la gestion du stress et du contexte d'autorité et à l'instabilité de l'humeur chez les participantes qui fait entrave au maintien d'un emploi de façon durable .

7.3.1 Difficultés d'intégration en milieu de travail

Dans un premier temps, on voit que pour la plupart des femmes interrogées, il ne semble pas y avoir un plan de carrière précis qui se dessine dans leurs discours. On ne perçoit pas de façon évidente qu'il puisse y avoir

des projets ou des objectifs de carrière desquels pourrait émerger un sentiment d'accomplissement personnel. Un élément qui pourrait expliquer ce constat provient du fait qu'une grande majorité des participantes ne sont pas actuellement sur le marché du travail en raison de diverses difficultés personnelles et des difficultés de vie accumulées qui les ont conduites à ne pas avoir de possibilités d'emploi intéressantes:

« J'ai été déclarée invalide »(2); « Je suis encore sur l'aide sociale et là je suis inapte au travail »(5); « Moi, mon vrai métier, c'est serveuse je n'ai plus le droit de travailler. Je retire des rentes d'invalidité à cause de l'épilepsie »(6); « J'ai eu G. à 19 ans pis son frère, je l'ai eu 18 mois après. Alors, je n'ai pas eu la chance d'aller sur le marché du travail. J'ai travaillé peut-être avant de tomber enceinte de lui peut-être 6 mois. Depuis 3 ans, je suis sur la CSST, suite au viol de mon beau-frère. J'avais été bien malade après, fac, j'ai été arrêtée. Là je devrais recommencer au mois de septembre, je travaillerai probablement pas, je devrais retourner aux études »(7); « Je ne suis pas prête à m'embarquer dans un travail. J'attends que mes affaires se règlent côté médication. Je veux vraiment être au moins un an stable. Ça s'en vient bien. Ça fait un bon 8 mois là. Quand ça va faire un an, je vais me lancer pis là je retournes-tu aux études, je retournes-tu ou pas. Je pense faire les études à maison aussi »(9).

7.3.2 Contexte d'autorité

Le contexte d'autorité semble problématique, la notion de contrôle prend ici son sens dans le fait d'accepter le contrôle qui provient de l'autre, de la figure d'autorité. S'adapter au contexte d'autorité implique le respect des règles établies dans un milieu de travail particulier ce qui peut s'avérer une source de frustrations.

« Je n'ai pas d'endurance au travail nécessairement. Là je suis en arrêt de travail, mais faire un travail pis avoir un boss ça je n'aime pas ça. J'ai de la misère avec ça, l'autorité »(9); « Je me reconnais des bonnes qualités en tant qu'intervenante pis dans mon milieu de travail aussi on me le dit sauf que ça marche pas du tout dans le fond. J'ai travaillé 5 ans, mais j'ai fait une année à chaque place...j'ai fait la même chose qu'avec mes relations amoureuses, on a fini par me *clearer* mais je me *clearais* avant. La dernière job c'était difficile au niveau des relations de ..Moi je jugeais tout le temps que...c'est ça je juge, j'interprète vite et je suis rapide et je n'étais pas d'accord avec certaines interventions, décisions de la boîte. Mais moi c'est comme sans m'en rendre compte. Je devenais le boss de la boîte pis je deviens dans ma façon de m'exprimer. Je juge pis c'est toujours pour le bien-être de la clientèle, mais il y a des façons de faire, mais je ne m'en rendais pas compte. Là je suis au près de ma mère je dirais la moitié de mon temps. C'est dans un foyer public. Alors c'est sûr que les relations que j'ai avec les personnes qui sont là sont devenues très difficiles au point qu'ils m'ont envoyé une plainte pour me calmer les nerfs parce que je dénonçais des affaires impensables »(8).

Cette participante effectue une prise de conscience intéressante quant à l'historique de ses expériences de travail qui ressemble à celui de ses relations amoureuses, instables et où les autres ne répondent jamais suffisamment à ses exigences de perfection.

7.3.3 Instabilité émotionnelle

Les relations de travail deviennent conflictuelles. L'instabilité émotionnelle rend difficile l'intégration dans un milieu de travail et le maintien de l'effort et de la motivation nécessaires dans le contexte professionnel. Pour

cette participante, la difficulté à gérer l'expression de sa colère lui apporte des conséquences négatives au plan professionnel:

« J'ai eu seulement une expérience de travail qui a duré cinq ans. J'ai démissionné dernièrement parce que j'ai piqué des colères. J'ai de la difficulté à gérer la colère. Quand je vis beaucoup de chose en même temps, ça grimpe, ça grimpe et ça explose, c'est imprévisible »(4).

Au plan personnel, cette situation intervient au niveau de l'estime de soi et de l'identité qui apparaît grandement influencée par le travail : « Je trouve ça difficile depuis la démission parce que j'ai l'impression de n'être plus rien. Moi je suis un travail, je me définis en fonction de mon travail »(4).

Dans le même ordre d'idées, il semble y avoir une certaine difficulté à gérer la pression et les responsabilités en milieu de travail:

« C'est le premier travail dans lequel je me sens bien. Je suis là depuis un an. Les autres travaux je partais à cause de mon angoisse. On dirait que j'avais trop de responsabilités pour ce que j'étais capable de faire. »(1)

Pour cette participante, le problème se situe dans la gestion des limites entre l'inertie et l'épuisement.

« Je m'entendais bien avec le monde, mais, moi, je ne suis plus capable de gérer le stress. Je me rencontre que je suis trop perfectionniste. Je me donne trop, je ne suis pas capable. Le trouble de personnalité limite, c'est ça les limites, c'est tout ou rien. Si je travaille, j'ai l'impression que je donne ma vie à quelqu'un d'autre et que je suis exploitée. Il faudrait que je travaille à mon compte, mais

j'ai trop de changements d'humeur d'un jour à l'autre. Une journée *wow* ! Je suis en pleine forme et je ferais tout, et le lendemain, c'est comme une chance que je n'ai pas commencé à travailler, je lâcherais »(5).

Ce qui est mis en évidence dans ce dernier extrait est aussi la difficulté à être en position de donner à l'autre. Pour cette participante le travail représente le sacrifice de sa vie pour l'autre qui amène le sentiment d'être abusée, alors que ce sentiment provient d'abord de sa difficulté à reconnaître ses propres limites et à les respecter. On peut percevoir l'attribution de ses exigences irréalistes sur l'autre qui est alors perçu comme un exploiteur. Il est aussi frappant le processus par lequel cette participante met des barrières à toutes les possibilités de développement professionnel pour se retrouver finalement dans un cul-de-sac et un état d'inertie, provoqué essentiellement par l'envahissement des émotions. La motivation et la capacité de travail semblent dictées par les sentiments présents, sans considération pour l'objectif global où le travail s'inscrirait dans un processus d'évolution et d'avancement professionnel.

7.3.4 Affirmation de soi

Pour une autre, participante ce qui semble problématique est l'affirmation de soi dont l'origine se situe dans la peur de confrontation et du rejet. Par conséquent, l'évitement sera utilisé comme mécanisme de défense principal pour se protéger contre la menace du conflit qui est associé à la possibilité d'un rejet intolérable.

« Avec mes collègues ça allait bien. Je n'avais pas de misère avec mes patrons non plus. C'est surtout que j'avais de la difficulté à leur dire quand il y avait quelque chose qui ne faisait pas mon affaire. J'ai de la misère quand il y a quelque chose à demander ou à dire, je ne suis pas capable de parler. C'est pas mal dure s'il y a quelque chose qui arrive peu importe la situation »(10).

En parallèle avec la difficulté à s'affirmer, l'hypersensibilité reliée à l'absence des frontières entre le monde interne et externe peut faire en sorte que le climat de travail outrepassse la nature du travail lui-même. Ceci fait état de la place importante que prennent les aspects émotifs dans la dimension du travail.

« Le dernier emploi que j'ai eu j'ai aimé ça, mais j'ai quitté parce que je trouvais que c'était trop difficile. Le patron, c'est quelqu'un qui fait beaucoup de farces, mais toujours contre les femmes à longueur de journée. Ça n'arrêtait pas. Moi je trouvais ça terrible de travailler dans une ambiance comme ça, trop incapable de le dire j'ai préféré partir. C'était trop dur sur mon moral, je me sentais visée, je le prenais personnel, je suis partie »(10).

En somme, ce qui émerge du contenu des entrevues en ce qui concerne la sphère du travail, c'est que les difficultés réfèrent à la gestion des émotions. Que se soit la colère, les frustrations relatives au contexte de travail, la motivation et l'intérêt, ces sentiments fluctuent selon l'humeur des participantes qui conservent rarement leurs emplois.

CHAPITRE VIII

TRAJECTOIRE DE DEMANDE D'AIDE

Dans l'objectif d'explorer la perspective des participantes dans l'analyse de la problématique de l'organisation limite de la personnalité, un regard sur la trajectoire de demande d'aide apparaît pertinent. Ainsi, le questionnaire proposé concernant la trajectoire de demande d'aide porte sur la perception des participantes de leur situation et les interventions qu'elles ont perçues comme étant les plus bénéfiques à travers leur démarche de changement.

8.1 Origines de l'organisation limite de la personnalité selon les participantes

Les explications reliées à l'origine de l'organisation limite de la personnalité chez les participantes apparaissent diversifiées. Pour certaines, il s'agit d'un trouble causé en partie par le milieu familial. Pour d'autres, il s'agit d'une conséquence des expériences d'abus sexuels.

8.1.1 Milieu Familial

Ces participantes identifient l'origine de leur trouble dans les interactions familiales et la transmission intergénérationnelle de traits de la personnalité.

« C'est ma mère qui m'a transmise ses peurs »(1); « Je pense que c'est héréditaire. Moi, ma sœur, mon père on a tout cette maladie là » (2); « Mes parents m'aimaient trop, ma mère est sur-protectrice, ça m'amené à développer mes problèmes, à force de me surprotéger, je suis devenue parano »(3); « J'ai de la difficulté en groupe à donner mon opinion, aussi à cause de ma mère, je suis restée dans mes peurs, dans la passivité, être surprotégé. C'est négatif au bout, je me sens coincée, je ne veux pas blesser ma mère. Le cordon ne se coupe pas facilement »(4); « Ma mère, elle était vraiment sautée, mais je retiens ce côté là d'elle, malgré que moi, je suis moins pire depuis quelques années. Moi aussi, j'ai pété des bonne crises à mes enfants. Ils n'ont pas tout le temps eu la mère patiente. Quand ils étaient petits, j'étais violente et je criais pour rien »(7); « Moi j'avais ça en souvenir qu'on ne m'écoutait pas pis j'étais ben tannée de ça. J'en souffrais, je ne comprenais pas pourquoi, mais je me suis retirée et encore aujourd'hui, dans les réunions de famille, c'est définitif que je ne suis pas assise à la table avec eux autres. J'ai bien vu que je n'étais pas intéressante »(8); « Ma mère, elle me ressemble. Ma mère a aussi beaucoup de choses, mais elle ne veut pas regarder ça. Elle a des symptômes, oui j'ai l'impression qu'il y a des choses qui viennent d'elle, l'abandon, les colères elle en faisait beaucoup. C'est un modèle, ce n'est pas héréditaire nécessairement mais il y a des comportements qui s'apprennent »(10).

8.1.2 Antécédents d'abus sexuels

Une autre explication de l'origine de ce trouble selon deux femmes provient d'expériences antérieures d'agressions sexuelles qui engendrent l'apparition d'un sentiment de colère intense qui pour l'une se retourne contre elle-même et pour l'autre s'extériorise.

« Les agressions ça m'a vraiment démolie. J'en n'ai pas parlé à personne, je ne faisais pas confiance à personne, je me suis isolée. Suite à l'agression, j'ai paniqué. Je me suis sentie coupable, impuissante, complètement désa-

busée. J'ai commencé l'auto-mutilation à ce moment là »(3); « Je me suis fait violer à 12 ans, pis peut-être 6 mois après je rentrais en centre. L'agressivité commençait pis tout suite après mon 1^e viol, j'ai commencé à consommer 12 ans et demi. J'ai commencé à prendre des médicaments après mes abus. Ça faite pour dire en étape, ma vie allait bien on m'appelait le petit clown de la famille. C'était mon surnom. Après il y a eu mes abus, il y a eu la consommation de drogue et il y a eu les médecins psychiatres. Ça fait peut-être un an que je ne fais plus de cauchemars. Le plus gros *move* à passer c'est la culpabilité. Quand on passe la culpabilité c'est un gros morceau parce que tu te dis, ce n'est pas de ma faute, tu te sens sale. Tu ne fais plus confiance, tu es moins sociable tu te renfermes. Je me refermais dans une bulle, j'étais envahie dans le fond, c'était lourd. C'est sûr qu'il va toujours avoir la peur de me retrouver seule pendant un long moment »(9).

8.2 Description de l'organisation limite de la personnalité

En dépit de nombreuses consultations antérieures, pour la plupart, le diagnostic du trouble de la personnalité limite, en référence aux critères du DSM-IV a été attribué récemment. Le moment du diagnostic apparaît comme un élément positif dans le sens où, enfin un nom sera donné aux différents visages de cette souffrance de l'âme. Il n'y a pas de déni face à la problématique identifiée au contraire, il y a une identification presque complète au diagnostic, une reconnaissance de la symptomatologie et de ses impacts dans leur vie. Plusieurs participantes font références à l'acronyme C.A.P.R.I.V.A.S.I.(Colère, Affect instable, Paranoïdes(idées), Relations instables, Impulsivité, Vide, Abandon, Suicide, Identité) utilisé dans le programme du CH-CR Antoine-Labelle pour décrire les symptômes du trouble de la personnalité limite.

« Je ne me définis pas en terme de maladie, je ne me suis pas vraiment renseignée. Je pense que c'est en lien avec mon agressivité, mes colères, mon humeur instable, mes tentatives de suicides et la peur de l'abandon qui provoque mon angoisse »(1); « Depuis l'âge de 20 ans que je fais des tentatives de suicide » (2); « C'est plus avec cette thérapie là qu'on m'a diagnostiqué *borderline*, mais dans le fond j'ai eu les 9 critères pendant 14 ans parce que ça fait depuis que j'ai dix ans que je suis comme ça, j'ai toujours été renfermée »(3); « Quand on a étudié les critères diagnostic du trouble de la personnalité limite au début « limite » je me sentais comme limitée, réduite, mais moi, je me reconnais dans le sentiment de vide. L'auto-mutilation, moi, je me frappais. Ça commencé à l'école avec l'auto-dénigrement. Il y a aussi mes difficultés avec la colère et mes relations *rock and roll*. Je suis très susceptible, je grimpe vite aux rideaux, je suis hypersensible, je suis très sensible aux critiques. J'ai beaucoup besoin d'approbation. J'ai une pensée en noir et blanc, j'ai de la misère avec les nuances, je suis très perfectionniste. Je n'ai pas de possibilités pour faire des erreurs, je ne me pardonne pas. Au début, le diagnostic de trouble de la personnalité limite ça m'a fait ben peur, je trouvais ça gros, je me mets souvent des étiquettes; j'ai un toc, je suis une maladie »(4); « Bien le C.A.P.R.I.V.A.S.I, colère après c'est quoi le vide, le vide je ne le ressens pas, la colère ça pis l'impulsivité, je pense pas aux conséquences plus tard. Il faut que ça sorte tout de suite. C'est impulsif, les changements d'humeur le monde y disent ça moi je ne m'en rends pas compte moi je dirais que c'est moins pire là avec les pilules que je prends. L'instabilité dans les relations ça , je n'ai pas de relation, c'est plus facile pis quand j'en avais c'est vrai. Pensée en noir et blanc c'est sûr, le suicide bien j'ai toujours des idées, mais je n'ai jamais passé à l'acte j'espère que je ne passerai pas là mais ...Peur de l'abandon, je me sens abandonnée tout le temps, j'ai été abandonnée pour vrai dans les faits là, la paranoïa là moi je pense tout le temps que tout le monde m'en veut mais le point le plus marquant, moi, je pense que c'est quand on ne prend pas en compte de mes besoins. Ça m'écœure, mais dans le fond quand il faut que je décide pour moi je sais plus quoi décider. C'est ça il faut que je me retrouve. L'angoisse, je ne suis pas capable de la ressentir. C'est peut-être pour ça que je fais de l'auto-mutilation. Ça doit être de l'angoisse. Je me pose tout le temps plein de question. C'est ce qui fait que je n'avance pas parce qu'en plus je suis perfectionniste, j'ai toujours peur de me tromper alors je me fis aux autres. C'est l'anxiété qui se manifeste

comme ça peut-être. Je paralyse. L'auto-mutilation aussi ça vient du feeling que quand je vois mon père je reviens toujours avec l'énergie qui dégage même s'il dit rien. C'est comme la vie ne vaut pas peine. Je suis un trou de cul. Je suis dégueulasse, je me sens trop coupable de le laisser parce que je suis sûre qui va capoter. Il va se sentir lui-même trop coupable. L'auto-mutilation, j'ai commencé 3-4 ans après que l'autre m'ait laissé. Ce n'est pas de la grosse auto-mutilation, c'est à tous les jours, sûrement la solitude. C'est le soir surtout en regardant la t.v. Il n'y a pas une grosse émotion, c'est comme j'imagine un vide ou je le ressens même pas le vide. Ça fait à peu près deux ans que j'ai été diagnostiquée, je ne savais pas avant c'était de l'anxiété de la dépression, beaucoup de colère. Ils nommaient les émotions »(5); « C'est vraiment depuis deux ans que je suis suivie que je sais que j'ai un trouble de la personnalité, je pense que nous autres, les gens qui ont un trouble de la personnalité, la plupart de ces gens là je pense qu'on a tout le même problème d'impulsivité qu'on est influençable. En tous cas moi, je le suis pis encore aujourd'hui je me fais influencer sur des choses pis ça j'en regagne encore (...) Je voyais que le trouble de la personnalité venait de mes histoires avec les hommes. Je me laissais chanter la pomme là, la peur de l'abandon je pense que je l'ai encore un petit peu, moi trop craintive de la vie j'essais de me rassurer, mais je me sens encore insécure, mais je me dis arrête de te fier sur un homme. La colère, plus maintenant, il a eu un temps très maligne à un tel point que je cassais ce qui me tombait dans les main. En 2002, j'étais agressive et même que j'ai fais des tentatives de suicide. J'ai manqué mon coup mais bon non ce n'est plus présent.(6); « Si on fait le C.A.P.R.I.V.A.S.I moi, je les avais tous. Il m'en manque un qui avait rapport avec l'obsession sexuelle. Les autres, je les avais tous. La colère, je l'avais, l'impulsivité je l'avais »(7); « Je les ai toutes les caractéristiques »(8); « J'ai le diagnostic ce n'est pas pour rien, mais je n'étais pas intéressée à ça. J'avais peur je voulais pas m'imaginer c'était quoi, dans le comportement oui quelqu'un qui a un TPL avec le monde dehors il va avoir plus de difficulté. Ça je l'avais, aujourd'hui, oui, j'ai encore un peu de misère, mais c'est différent. J'ai comme passé d'un extrême à l'autre. Avant j'étais renfermée, j'avais peur du monde mais asteur je suis sociable, comme toi mais je peux être bête aussi. Un ou l'autre ça toujours été comme ça moi. C'est noir ou blanc, moins aujourd'hui là »(9); « C'est ça dernièrement à l'hôpital j'avais tous les points, critères du trouble de la personnalité limite, ça été comme un soulagement de

mettre le doigt sur le bobo là je suis contente je vais avoir de l'aide appropriée »(10).

8.3 Interventions aidantes et changements

Les femmes rencontrées ont identifié diverses interventions qui leur ont été bénéfiques. Certaines réfèrent au programme du CH-CR Antoine-Labelle à l'Annonciation, qui utilise l'approche cognitive-comportementale et la thérapie de la réalité basée sur la théorie du choix. D'autres abordent la question de la médication et les attitudes thérapeutiques aidantes.

8.3.1 Programme cognitif-comportemental et thérapie de la réalité

Pour les participantes qui ont complété le programme donné à l'Annonciation inspiré de la thérapie cognitive-comportementale et de la théorie du choix développé par William Glasser, il semble que le travail thérapeutique sur les habiletés sociales ont pu apporter des changements au plan des relations, de la capacité d'affirmation de soi, de l'expression des émotions et du contrôle de soi.

« J'ai changé, je suis moins agressive, moins impulsive . Le monde me parle plus, je suis moins bête »(2); «Ça m'a aidé pour l'affirmation et à être mieux capable de m'exprimer ,avec l'exemple de l'auto et la notion de besoins fondamentaux avec le pourcentage qui est comblé ça aide à se situer et à se donner des moyens pour les combler. Les buts et les objectifs, comment évaluer s'ils sont réalistes, ou pas dans la réalité. J'ai recommencé à être avec le monde »(3); « Ça m'a bien aidé. C'est dans l'action, c'est plus concret que la psychanalyse, ça m'a aidé au niveau des habiletés sociales, entre autres à apprendre que les autres n'ont pas la même opinion. Les

méthodes de résolutions de problèmes m'ont bien aidées. Dans le gouffre, ça m'a aidé à faire la démarche de résolution. Je suis plus patiente, plus tolérante, je comprends plus les autres, je suis moins stressée parce que je pratique les méthodes de relaxation. Je suis moins timide, je prends plus de risques »(4); « Avant ça, je ne prenais pas le temps de réfléchir. Je ne prenais pas le temps d'écouter les gens non plus. C'était moi, pis moi .. Comme si j'existais toute seule. Il y en a d'autres autour de moi pis aujourd'hui c'est une leçon que j'ai appris. Je prends le temps d'écouter les autres. On agit toujours à la fin, jamais au début »(6); « Ils te montrent à vivre, ils te montrent à gérer, il y a des exercices ils te montrent de la relaxation, ils te montrent à t'arrêter et pense là. Le processus de résolution de problème, c'est la base pis souvent ça m'aide à ne pas paniquer devant l'épreuve : 6 solutions pour un problème. Je l'ai fait, j'ai plus besoin de les écrire sur papier comme ils nous l'ont montré, mais je sais qu'il y a un processus. Je sais qu'il y a 6 solutions qu'il faut que tu trouves les pour les contre. Il y a aussi comment exprimer une colère comment, gérer un sentiment, comment exprimer une peine, comment savoir parler. Je peux te dire qu'il n'y a plus de tentatives de suicide et ça fait un an que je ne me suis pas auto-mutilé. Tout le monde me dit que je parle mieux que je suis plus expressive que j'ai des plus beaux yeux. J'explose moins, je suis plus capable de dire, mettre des mots. Avant, je sautais, je faisais une connerie. Je ne passe pas à l'acte, avant je l'aurais reviré contre moi, c'était ma façon de vivre mes émotions. J'avais beaucoup le sentiment d'échec de ne rien valoir, sentiment de ne pas avoir de place, d'être rien. Là je suis bien mais je pense qu'il faut toujours garder en tête mes outils pis mon mode de vie parce que je pense que je vais rester toute ma vie fragile. Ça ne partira pas sauf qu'il faut juste que je garde mes choses en tête, de temps en temps j'ouvre mes cartables. Ah! c'est vrai ça, moi je trouve que le secret c'est de parler de nommer. Être capable de tout exprimer, mais dans des façons adéquates, tu peux être en colère sans tout casser dans la maison. Quand je deviens submergée d'émotion je dois faire attention »(7).

8.3.2 Médication

Au niveau de la régulation des émotions, la médication semble procurer une forme de stabilité et un apaisement de la souffrance psychique et ainsi laisser place à l'intégration des prises de conscience.

« La psychiatre qui a trouvé les bonnes pilules et la bonne dose là je peux dire que je ne me sens pas toujours fatiguée, toujours déprimée je dors mieux. Déjà ça aide à mieux gérer nos émotions, je me sens moins victime » (5); « Je vois la différence depuis que je prends Effexor qui fait que mon humeur est plus égale. Il faut que je travaille à tous les jours pareil, mais avant c'était des efforts surhumains. Moi, j'étais épuisée. Ma médication, je la prends comme il faut aussi et c'est plus facile de mettre en pratique ce que j'apprend avec Madame D. Aujourd'hui je peux dire, que j'ai une vie d'une femme qui a des problèmes pis qu'il faut faire face à ça à tous les jours. C'est plus normal qu'une fille qui se sent abandonnée, bafouée ou trahie. Le gros drame là à tous les jours. Je suis contente de voir que je deviens moins dépendante au niveau affectif. Je suis capable d'être chez nous. Oui, il y a des moments que je panique, mais il y en a beaucoup que je ne panique pas »(8).

Pour ces femmes, la médication a permis de diminuer l'envahissement émotionnel.

8.3.3 Approche de groupe

Pour certaines, le groupe peut présenter des avantages thérapeutiques car il permet de généraliser les apprentissages au niveau des habiletés sociales.

« Je fréquente un groupe de soutien à toxico-alerte. Je me suis rendue compte que je n'étais pas toute seule, ça m'a rassurée, c'est sécurisant »(4); « J'ai déjà assez de misère

avec mes relations que je ne veux pas sortir pis je ne veux plus voir personne. C'est trop compliqué et c'est bien plus facile toute seule pis j'avance pas là. Je veux que ça avance c'est important qu'on parle de personnalité limite, c'est pourquoi je voulais être dans un groupe. C'est que si je n'ai pas d'interaction avec personne, c'est facile je ne peux pas me dépasser. Si j'ai une difficulté quelconque il va falloir que je la gère. C'est pour ça que j'aimerais faire des groupes, avec des jeux de rôles et rencontrer du monde qui ont la même problématique »(8);« En septembre je rentre en thérapie de groupe. Je suis contente parce que ce n'est pas une thérapie de blabla. Je veux des moyens concrets, il va y avoir de la confrontation parce que c'est ça qu'il me faut, quelqu'un qui va me confronter, quelqu'un qui peut me dire le pourquoi des choses et m'aider à le trouver, qu'on me guide »(10).

8.3.4 Travail d'acceptation

Si pour la participante suivante, l'apport des différentes stratégies thérapeutiques n'est pas nécessairement clair, il apparaît plus évident que l'acceptation du passé soit bénéfique. L'évacuation des émotions négatives qui y sont reliés est considéré comme le chemin vers une guérison possible et l'établissement de relations plus saines qui impliquent l'acceptation de l'autre et l'affirmation de soi.

« Je ne sais pas trop ce qui a été le plus aidant, c'est tu la PNL l'émotivo-rationnelle, c'est confronter les croyances pis les idées qui amènent des émotions. Des fois ça me vient naturellement comme si quelqu'un mettons là, je suis en colère là, je me dis, bon c'est quoi que tu es en train de penser là. Là je suis en train de penser que l'autre n'a pas le droit d'être de même. Il a le droit, mais toi prend-toi en main, arrête de toujours attendre de l'autre. Je ne pourrais pas te dire, mais la bio-énergie parce que je pense, ça c'est comme on va plus dans l'inconscient par la respiration pis les émotions débloquent. Ça allait direct dans l'inconscient pis ça nettoie. J'ai l'impression que si moi j'ai plus nettoyé toutes mes émotions négatives, je vais être plus calme et plus en mesure d'accepter l'autre, même s'il n'agit pas correct avec moi et qu'il me dit des

méchancetés. Je n'ai pas à rester là. Avant, j'aurais toujours été comme en colère pour qu'il accepte mon opinion pas parce que je veux avoir raison. C'est comme y prouver que j'existe. Pis entend, moi pis moi, quand on me dit tait toi là je veux tuer. Moi, je suis sûre qu'avant je pouvais tuer à frette juste parce que j'étais en colère. Elle vient au moment où est-ce qu'on me dit tait toi, où est-ce qu'on m'empêche d'être moi-même, aujourd'hui je suis capable d'accepter plus comment les autres sont même si j'ai des pics où est-ce que je n'accepte pas là. Je suis plus capable d'être calme, je dois m'aimer plus aussi. Je suis sûre, je dramatise moins. Je veux reprendre le potentiel de ma vie, le pouvoir de ma vie pis ne plus accepter des affaires que je ne veux plus. Je me suis donné ça comme but sans agressivité ni rien, m'affirmer »(5).

8.3.5 Espace thérapeutique

De façon générale, en ce qui a trait à l'espace thérapeutique, il s'agit d'un lieu d'expression, de verbalisation au sein duquel la qualité de l'écoute et l'attitude de non-jugement sont les éléments les plus importants pour les participantes.

« J'ai toujours vu les personnes pour m'écouter, j'avais juste besoin de parler »(1); «Ça me fait du bien de parler, ça me fait sortir ce qui me fait angoisser»(2); «Un thérapeute, j'ai commencé à m'ouvrir et à reprendre confiance. Il ne me jugeait pas, quelqu'un qui est à l'écoute qui fait des intervention pour te provoquer parce que même si j'ai pas aimé ça quand Dr. D m'a provoqué ça m'a forcé à me questionner et à m'affirmer. J'aime ça quand le contact est proche, chaleureux quelqu'un de trop strict et froid, je me referme»(3); «Il m'a aidé à être plus autonome, sa compréhension, il m'écoute sur tout pis il nous conseille. Il a le don, c'est mon ange gardien, mon dieu qu'il m'a aidé, pis même quand ça va être fini, je vais pouvoir le rappeler. Il ne m'abandonnerait pas comme ça »(6); «J'ai besoin de le dire, de le sortir. Je le fais beaucoup avec Madame D., ça n'a pas de prix dans le sens qu'elle m'éclaire, elle me fait observer des choses pis c'est important. Elle me donne des techniques pour quand je viens pour sauter ou me sauver »(8); «J'ai appris à dire

ce qu'il y avait et depuis ce temps là, ça se contrôle bien et c'est important que tu te sentes écouté» (9).

8.3.6 Responsabilisation dans le processus de changement

Il peut apparaître surprenant de constater qu'il y a des participantes qui optent davantage pour une attitude pro-active et qui sont en mesure d'affirmer qu'elles sont les responsables des changements qui ont eu lieu dans leur vie.

« Je ne peux pas trop identifier ce qui m'a aidé le plus, je pense que tout part de moi. Moi j'ai décidé que ça allait se passer comme ça Les changements ont commencé quand j'ai changé mes perceptions, ma façon de penser et d'analyser. J'ai changé mon approche avec les gens, avant c'était froid je manquais de confiance. J'ai appris à m'accepter comme je suis et à m'affirmer. Avant j'avais peur de savoir, je voulais être aimée, j'avais peur de dire non. Là j'ai compris que même si je dis non les gens vont m'aimer pareil. Alors, je fais ce que je veux maintenant. Ma colère a diminué mais mon angoisse a augmenté. Je suis plus capable de m'apaiser, je prends des grandes respirations et ça va mieux avec mon conjoint. J'ai appris à m'accepter, à me connaître, à me respecter, à respecter mes limites, mes forces et à savoir quand m'arrêter. J'ai encore tendance à tout vouloir contrôler, mais je travaille là dessus. Les compromis sont encore difficiles à faire, mais j'y arrive »(1) ; « C'est sûr que les médecins y sont pour de quoi, mais je veux dire que c'est toi qui le fait le *move* ,dans n'importe quoi là. C'est la prison qui m'a réveillé parce que peut-être pas avoir été en dedans, c'est vraiment d'avoir vécu ça pis de me dire non je ne veux plus ça. J'ai appris à voir le positif »(9).

En somme, cette dernière partie de l'analyse concernant l'exploration de la trajectoire de demande d'aide des participantes révèle d'une part, leur capacité à effectuer des liens entre la problématique de l'organisation limite de la personnalité et leur trajectoire de vie et de décrire leur expérience de façon à montrer la reconnaissance qu'elles ont de leur situation. D'autre part, le

contenu de la section concernant les interventions aidantes indique surtout que les approches de groupe de type psycho-éducatives centrées sur l'apprentissage d'habiletés sociales semblent apporter des améliorations significatives au niveau des relations sociales des participantes qui en ont bénéficiées.

Enfin, sur un autre plan, il semble que pour la plupart des participantes, l'amélioration de l'estime de soi fait partie du processus de changement. Les éléments essentiels de l'espace thérapeutique que les femmes interrogées ont souligné soit: l'écoute et le non-jugement, peuvent contribuer à l'intégration d'attitudes d'acceptation de soi à travers la relation avec le thérapeute qui les accueille telles qu'elles sont.

Conclusion

En terme de conclusion en ce qui a trait à l'analyse des dynamiques relationnelles des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité, le contenu des entrevues fait ressortir dans un premier temps, un mode relationnel marqué par l'ambivalence entre le besoin de dépendance, de prise en charge et la peur de l'intimité et de l'intrusion de l'autre. Dans un deuxième temps, en général, les personnes significatives dans la vie des participantes représentent essentiellement des figures parentales idéalisées qui peuvent servir à réparer ou restaurer les blessures narcissiques vécues au sein de la famille d'origine et qui ont fait entrave à l'élaboration des structures du moi. C'est davantage à cette fragilité du moi que font référence l'ensemble des difficultés

relationnelles décrites par les femmes interrogées, tant au niveau de leurs relations amoureuses, familiales et de travail.

Plus précisément en ce qui a trait aux relations avec les services de consultations et le rapport avec la pathologie en soi, la plupart reconnaissent la symptomatologie et effectuent des liens de causalité avec les éléments traumatiques de leur trajectoire de vie.

Pour ce qui est des modalités d'intervention, les approches de type psycho-éducatives, basées essentiellement sur l'apprentissage d'habiletés sociales, ont été perçues comme bénéfiques pour plusieurs des participantes. À mon avis, ceci abonde dans le sens du besoin de prise en charge et d'encadrement stable et prévisible chez elles. Ceci peut expliquer le faible intérêt porté pour les approches de type psychanalytique dont le contenu n'apparaît pas pré-déterminé et orienté vers des moyens concrets de résolution de problèmes. On peut aussi comprendre que les approches psychanalytiques renvoient la cliente à son vide intérieur et à sa dépendance au regard et aux réactions de l'autre puisqu'elle se situe, dans ce cadre thérapeutique, au centre de la démarche.

CHAPITRE IX

DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Un retour sur les objectifs généraux de ce mémoire permet de conclure que la démarche effectuée a permis, en première partie, de connaître davantage le processus de conceptualisation du trouble limite et dans une certaine mesure, de mieux saisir le sens du terme « limite ». La théorie de la relation d'objet qui a servi de cadre d'analyse a pu contribuer à atteindre l'objectif d'une compréhension élargie des dynamiques relationnelles des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité.

Le travail de recherche qualitative élaboré en deuxième partie apporte un regard nouveau sur le vécu de ces femmes et sur leur propre perspective de la problématique. L'analyse des entrevues et plus précisément de la sphère des relations amoureuses a apporté d'une part, un éclairage intéressant sur les éléments qui interviennent dans l'établissement de dynamiques relationnelles inadaptées tels que l'ambivalence marquée entre le besoin de dépendance et la peur de l'intimité et de la perte de soi. D'autre part, l'analyse de la trajectoire de demande d'aide a permis d'identifier des modalités d'intervention qui suscitent davantage la mobilisation des participantes dans une démarche de changement. Enfin, l'importance accordée aux relations amoureuses tout au long du processus de recherche s'est vue renforcée par le rôle considérable que cette dimension exerce dans la vie des femmes interrogées et particulièrement comme motivation dans la démarche de demande d'aide.

Afin de saisir davantage la portée des résultats de ce mémoire, le contenu de ce chapitre de discussion vise premièrement, à établir de façon plus exhaustive des liens entre le contenu des entrevues et les aspects théoriques qui ont été élaborés en première partie. Deuxièmement, ce travail de réflexion permettra la mise en évidence de nouvelles connaissances qui pourront servir dans le contexte de l'intervention sociale auprès des personnes qui présentent une organisation limitée de la personnalité .

9.1 Discussion

L'objet de cette section de discussion vise l'approfondissement de la réflexion sur le contenu des chapitres d'analyse. D'une part, sur les représentations de l'objet et la présence d'ambivalence dans le lien à l'autre. D'autre part, sur les sphères de conflits au sein des relations objectales. Les principales conclusions du troisième chapitre d'analyse concernant la trajectoire de demande d'aide ont plutôt été intégrées dans la section au sujet des implications pour la pratique.

9.1.1 Les représentations de l'objet et l'ambivalence dans le lien à l'autre

Le contenu des entrevues au sujet des relations significatives des participantes nous indique d'abord, que les représentations de l'objet réfèrent à des rôles d'aidants selon un continuum faisant référence à des degrés différents de dépendance et de prise en charge. Sur ce continuum, entre deux extrêmes, on retrouve d'un côté, la représentation de « sauveur » et de l'autre celle de

« co-équipier » dans le contexte de la relation d'entraide. Ceci permet de distinguer l'établissement d'un rapport de plus en plus égalitaire laissant place à la responsabilisation et à l'autonomisation de la participante.

À un autre niveau, pour plusieurs des femmes rencontrées, la figure de l'autre qui domine est celle qui représente une figure parentale idéalisée, source d'un investissement narcissique qui répond aux besoins d'acceptation, de protection, d'encadrement, de structure et de valorisation. On peut comprendre à ce propos, qu'il existe un besoin de réparation qui se retrouve transféré dans ces relations significatives. La réparation d'une blessure narcissique survenue au sein de la relation avec une ou l'autre des figures parentales.

En contre-partie, si on se rapporte à ce qui est décrit comme difficultés relationnelles générales, il est principalement question de l'ambivalence qui prévaut entre le besoin de contacts sociaux et la crainte de l'intrusion de l'autre, et de la perte de soi. Je crois que c'est justement au niveau de cette ambivalence que le terme « limite » prend toute sa signification. Cette ambivalence révèle une vision dichotomique des rapports humains qui implique à une extrémité, une position d'extrême passivité, de soumission à l'objet et à l'autre extrême, l'évitement de tout contact et d'investissement émotionnelle ou encore, le contrôle total du cadre de la relation. En fait, soit on se perd dans l'autre, soit on évite de faire sa rencontre: tout ou rien. Les relations sont donc une source d'angoisse associé au rapprochement, qui met en lumière les faiblesses du moi qui ont été nommées et décrites à partir du cadre théorique de Kernberg dans le quatrième chapitre.

9.1.2 Les sphères de conflits dans les relations d'objets

À la base, les difficultés relationnelles décrites précédemment semblent trouver une forme d'explication dans le contexte familial au sein duquel les participantes ont évoluées. L'influence des relations familiales dans la psychogenèse de l'organisation limite de la personnalité intervient de multiples façons. La description de la majorité des participantes de la figure paternelle met l'emphase sur des traits de personnalité qui dénotent la présence d'agressivité. L'investissement affectif du père tout comme sa présence semblent avoir été peu satisfaisants.

La description de la figure maternelle présente des tableaux contrastés : soit la surprotection, soit le rejet. Les femmes rencontrées nomment plus clairement les conséquences affectives de ces modes d'interactions dans leur récit. Le surinvestissement de la figure maternelle est associé au sentiment de ne pas avoir le contrôle de son existence, d'être étouffée par l'intrusion de la mère dans tous les aspects de sa vie et par l'impossibilité d'établir une distanciation nécessaire au processus d'individuation. L'image de la mère dans ces cas est celle d'une personne vulnérable et fragile. Le rejet engendre pour sa part, le sentiment de ne pas être aimable et importante au yeux de la mère, ce qui nuit considérablement au développement d'une image de soi positive. L'image de la figure maternelle se caractérise par la présence de traits de violence que certaines participantes expliquent par des problèmes d'ordre psychologique.

Ce sera au niveau des relations amoureuses que les enjeux relationnels décrits précédemment prendront le plus d'ampleur. La difficulté à gérer la distance affective provoque l'ambivalence qui apparaît de façon marquée entre l'établissement de relation de dépendance et la peur de l'intimité. L'angoisse d'abandon suscite des émotions extrêmes qui amènent plusieurs participantes à envisager le suicide. L'angoisse intervient dans le contexte d'une relation de dépendance qui donne à l'autre le plein pouvoir sur le droit à l'existence. En ce sens, les tentatives de suicide surviennent avec le sentiment intolérable de la perte de l'autre qui signifie la perte de soi. Les faiblesses du moi apparaissent aussi sous forme de sentiments incontrôlables de jalousie et le besoin de contrôler l'objet. Le sentiment de perdre l'emprise totale sur le conjoint peut engendrer des comportements de violence verbale et physique pour certaines.

L'acceptation inconditionnelle tant recherchée provoque de façon paradoxale la difficulté à accepter l'autre dans sa différence, dans son individualité. Les femmes font la projection sur l'objet de ce qu'elle n'accepte pas d'elle-même. Les exigences sont élevées, le conjoint étant dans un premier élan idéalisé, il doit pouvoir continuer de répondre aux exigences de perfection établis par les critères d'une relation idéalisée qui doit combler tous les besoins affectifs et narcissiques de ces femmes. Pour parvenir à atteindre cette exigence de perfection, l'autre doit devenir le reflet de l'image idéalisée de la femme. Il s'agit aussi de la projection de son propre sentiment d'insuffisance, d'infériorité.

Les entrevues mettent aussi en évidence les difficultés vécues dans les relations au monde du travail et ce qui fait entrave à la stabilité de la situation d'emploi de certaines participantes pourrait se résumer à l'instabilité émotionnelle. Il prévaut une difficulté marquée à faire abstraction des frustrations reliées au contexte de travail incluant les relations avec les figures d'autorité. Les difficultés qui se situent dans la gestion des émotions immédiates et de l'impulsivité prennent le dessus sur l'accomplissement d'un objectif professionnel qui s'inscrirait dans un processus à long terme. Ce qui ressort aussi de l'analyse de la dimension du travail, c'est l'absence de projet de carrière défini pour plusieurs participantes. Encore ici, la notion d'identité occupe une place indéniable dans l'incapacité à organiser des actions et des efforts soutenus afin d'atteindre un objectif à long terme.

9.2 Implications pour la pratique et limites de la recherche

En ce qui a trait aux implications pour la pratique, le contenu des entrevues au sujet de la trajectoire de demande d'aide laisse voir premièrement, une reconnaissance du problème et de ses conséquences globales sur les difficultés relationnelles décrites par celles-ci. Deuxièmement, dans ce qui est identifié comme interventions bénéfiques, il s'agit surtout d'une approche de type psycho-éducative visant l'apprentissage d'habiletés sociales et de méthodes de gestion des émotions et de méthodes de résolution de conflits et de problèmes. Par ailleurs, les attitudes thérapeutiques soit, l'écoute et le non-

jugement, sont d'une importance considérable dans le cadre de toutes les interventions et ceci indépendamment de l'approche utilisée.

Enfin, le contenu des entrevues révèle l'immense vulnérabilité des femmes rencontrées. La fragilité des structures du moi implique l'utilisation de mécanismes de défenses rigides et inappropriés qui rendent l'établissement de relations authentiques et stables particulièrement difficile. La connaissance des fondements des dynamiques relationnelles que l'analyse des entrevues a pu apporter sur l'organisation limite de la personnalité peut nous amener d'abord, à développer une plus grande empathie pour la souffrance psychique de cette clientèle qui souvent suscite, dans un premier contact, des sentiments plutôt négatifs.

Pour ma part, je considère premièrement, que la compréhension des enjeux relationnels de cette clientèle permettra de mieux intervenir dans une relation thérapeutique qui implique l'émergence de contre-transferts, qui mal gérés, peuvent être lourds de conséquences sur le traitement. Deuxièmement, l'analyse des entrevues a permis de développer un regard plus critique sur l'utilisation d'une catégorie diagnostic qui fait abstraction de l'expérience subjective des femmes et de constater qu'il s'agit aussi de personnes qui portent en elles un désir de changement et une capacité d'auto-critique qui est souvent, malheureusement, sous-estimée. En ce sens, l'analyse des entrevues au sujet des relations amoureuses a permis de percevoir la présence d'une source de motivation dans la démarche de demande d'aide qu'il serait

intéressant de prendre davantage en considération dans les orientations de nos interventions.

De plus, les entrevues ont pu montrer à maintes reprises que les femmes rencontrées présentent un niveau de conscience d'elle-même et des ressources pour s'impliquer dans un processus thérapeutique, ce qui vient contredire une perception négative de cette clientèle. Encore faut-il prendre le temps de s'attarder au sujet plus qu'à l'objet de notre intervention pour mieux comprendre l'individu dans sa globalité et pour éviter de juger négativement ce qui représente le reflet de la souffrance.

Évidemment, cette recherche comme la plupart des autres, présente certaines lacunes méthodologiques qui limitent la portée des résultats obtenus. Ainsi, le petit échantillon apparaît être l'élément le plus susceptible de réduire la possibilité de généralisation bien que se ne soit pas l'objectif premier de la recherche de type qualitative. Aussi, certains thèmes d'analyse auraient bénéficiés d'un regard plus insistant tels que celui portant sur la trajectoire de demande d'aide et ceux qui concernent plus particulièrement les relations amoureuses, d'autant plus qu'un des objectifs de la recherche était de mettre en évidence le rôle des relations amoureuses dans le processus de changement et de demande d'aide. Il serait donc intéressant de poursuivre encore plus loin le questionnement à la base de ce mémoire dans le cadre d'un travail de recherche qui pourra permettre l'élaboration de nouvelles perspectives d'intervention auprès des femmes qui présentent une organisation limite de la personnalité.

BIBLIOGRAPHIE

Adler, G., & Buie, D.H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology, the possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60,83.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC

Ainsworth, M.D.S., Blehar,M.,Waters, E.,& Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.

Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. 3^e éd. Dunod. Paris

Bowlby, J. (1969). *Attachement and loss*: Vol. 1. *Attachement*. (1973).Vol. 2.*Separation: anxiety and anger*. (1980). Vol. 3. *Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

Caroll , L., Hoenigmann-Stovall,N., King,A. Wienhold,J., WhiteheadIII, G.I. ., 1998. Interpersonal consequences of narcissistic and borderline personality disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 17,1, 38-49

Clarkin, J.F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983), Prototypic typology and the borderline personality disorder *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.

Claude, H. et Laforgue, R.(1937). Les rapports de l'hystérie avec la schizophrénie. Rapport à la Soc. Médico-Psych. *Annales médico-psychologique*. juin.

Claude, H et Laforgue, R. (1925). Sur la schizophrénie et la constitution bipolaire de caractère schizoïde. *Évolution psychiatrique*, 1, 27-36

Cottraux , J., Blackburn , I.M. (1995). *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*, Masson, Paris.

Cousineau, P., Young, E.J. (1996). Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas. *Santé mentale au Québec*, XXII, 1, 87-105

Cousineau, P. (1996). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Santé mentale au Québec*, XXII, 1,5-15

Cowdry, R.W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 201-211

Daley E.S., Burge D., Hammen C.; (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity. *Journal of abnormal psychology*. vol. 109, 3, 451-460

Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.

Esser, R., & Lesser, S. (1965). Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390-402

Ey, H.(1955). Le groupe des schizophrénies. EMC, *Psychiatrie*, 37281, A 10, 1-41.

Fairbairn, W.R.D. (1940). Schizoid factors in the Personality. *An object relation Theory of the Personality*. New York: Basic Books, 1952.

Fairbairn, W.R.D. (1952). *An object-Relations Theory of the personality*. New York: Basic Books.

Féline A., Guelfi J.D., Hardy P. (2002). *Les troubles de la personnalité*. Flammarion Médecines-Sciences éd., Paris

Fonagy P., Target M., Gergely G.(2000). Attachment And Borderline Personality Disorder: A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol.23,1, 103-122

Frosch, J. (1964). The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly* ,38, 81-96.

Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. (1968). *The borderline syndrome: A behavioural study of ego functions*. New York: Basic Books

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline Personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., & Elliott, G. R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 277-288.

Gunderson, J., M.D. (1996). The borderlines patient's intolerance of aloneness, insecure attachments and therapist's availability. *American Journal of Psychiatry*, June.

Gurvits G.I., Koenigsberg, H. W.& Siever L.J., (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *The psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, 1, 27-40

Jacques, A., Chabert, C., Donnet, J-L. , Fédida, P., Green, A., Widlocher, D. (2002) *Les états limites*. 3^e éd. Presse Universitaire de France. Paris

Kahlbaum, K.(1863). *Classification des maladies mentales*. Hirschwald. Berlin

Kernberg, O., (1997). *Les troubles limites de la personnalité*, éd. Dunod, Paris

Kernberg, O.,(1995). *Loves Relations: normality and pathology*. Yale University Press. New Haven and London.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

Klein, D., Davis, J.M. (1969). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*. Williams& Wilkins.

Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. New York: Delacorte.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International journal psychoanalytic*, 27: 99-110

Knight, R. (1953). Borderlines states. *Bulletin of Menninger Clinic*, vol.19

Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. International Universities Press, New York

Kraepelin, E. (1907) *Introduction a la psychiatrie clinique*. Traduction de la seconde édition allemande par Albert Devaux et Prosper Merklen, P. Vigot

Kretschmer, E.(1927). *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale*. Payot, Paris.

Lacas P. (2001). *Dictionnaire de la psychanalyse*. 2^e éd. Encyclopaedias Universalis. Éditions Albin Michel. Paris

Linehan, M.M., (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, ed. Guilford Press, New York

Magnan (1960). *Traité des maladies mentales*. Paris

Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177

Masterson, J.F. (1999). *The personality disorders*. Zeig, Tucker & Co., Inc. Phoenix, Arizona

Millon, T. (1990). The disorders of personality, in: Pervin L.E. (ed.) *Handbook of personality. Theory and research*. The Guilford Press, New York, 339-370

Millon (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.

O'Leary , K. (2000). Neuropsychological testing results. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, 1, 41-60

Oquendo, M.A. & Mann, J.J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, 1, 11-25

Organisation mondiale de la santé. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*, World Health Organization, Genève, Traduction française.

Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol.23, 1, 77-88.

Pontalis, J.-B. (1987). *Perdre de vue*. Gallimard. Paris.,275

Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderlines patients. *American journal of Psychotherapy*, 1, 45-55.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Searles, Harold (1994), *Mon expérience des états-limites*, trad. Bost, Gallimard

Skodol E.Andrew, Gunderson G.John, McGlashan H. Thomas et coll.(2002) Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive – Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 159: 276-283.

Stern, A., (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses, *Psychoanalytical Quarterly*, 7, 467-489

Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation*. New York: McGraw-Hill.

Stone, M. H. (1981). Psychiatrically ill relatives of borderline patients: A family study. *Psychiatric Quarterly*, 58, 71-83.

Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, 1, 1-10

Winnicott, D. W.(1965). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press.

Wolberg, A. (1973). *The borderline patient*. Intercontinental Medical Book Corporation, New York

Young, J., E., Klosko, J.S., (1995). *Je réinvente ma vie*, Les éditions de l'Homme, Montréal

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23,1 89-102

Sites Internet

www.kb.u-psud.fr

www.aapel.org

www.santecanada.com

