

Université de Montréal

Exploration qualitative de l'expérience de tristesse pour des patients souffrant d'un
trouble de personnalité limite

par
Rachel Briand-Malenfant

Département de psychologie de l'Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et sciences
en vue de l'obtention du grade de doctorat
en psychologie
option clinique

mars, 2012

© Rachel Briand-Malenfant, 2012

Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Cette thèse intitulée :

Exploration qualitative de l'expérience de tristesse pour des patients souffrant d'un
trouble de personnalité limite

présentée par :
Rachel Briand-Malenfant

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sophie Bergeron
Président-rapporteur

Serge Lecours
Directeur de recherche

Serge Sultan
Membre du jury

Olivier Laverdière
Examineur externe

Sophie Bergeron
Représentant du doyen

RÉSUMÉ

La représentation que se font les patients souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL) de leur expérience de tristesse est un domaine de recherche important tant pour la conceptualisation du trouble que pour son traitement. Ces patients sont connus pour vivre une grande détresse qui se manifeste à travers divers symptômes (Bland, Williams, Scharer, & Manning, 2004). Un nombre élevé de patients présentant un TPL se suicident (Paris, 2002), font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Oldham, 2006) et s'automutilent (p.ex., Brown, Williams, & Collins, 2007). La recherche sur la souffrance du TPL s'entend sur un paradoxe : ces patients souffrent beaucoup, mais ils vivent peu de tristesse. Leur souffrance prend une forme distincte en qualité, celle-ci demandant à être davantage étudiée empiriquement et théoriquement.

L'objectif de cette thèse est d'explorer la représentation de la tristesse de participants souffrant d'un TPL. Alors qu'à notre connaissance aucune étude n'a encore poursuivi cet objectif spécifique, différentes pistes de réflexion ont été soulevées dans la documentation scientifique pour expliquer la nature de la souffrance du TPL en ce qui a trait au tempérament, au fonctionnement mental, à la dépression, à l'organisation de la personnalité et aux événements traumatiques.

La première étude de cette thèse vise à réfléchir théoriquement et cliniquement à la tristesse, afin d'en raffiner la définition, entre autres par opposition à la détresse. Elle propose une distinction tant au plan métapsychologique que phénoménologique de ces deux expériences, en se basant sur des théories évolutionnistes des émotions et sur différentes conceptions psychanalytiques du fonctionnement mental et des relations objectales. Une vignette clinique illustre cette réflexion.

La seconde étude vise à explorer, par une démarche qualitative, les principaux thèmes abordés par des participants souffrant d'un TPL lorsqu'ils racontent des épisodes de tristesse. Sept participants avec un diagnostic de TPL évalué à l'aide du SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) ont participé à une entrevue semi-dirigée visant le rappel de deux épisodes relationnels de tristesse. Suivant la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (Smith, 1996), une analyse thématique de quatorze épisodes de tristesse a été effectuée conjointement par deux candidates au doctorat pour décrire la représentation de la tristesse de ces participants. Cinq thèmes ont été identifiés : 1) agression, 2) relation brisée par l'autre, 3) affectivité négative indifférenciée, 4) soi défectueux et 5) débordement. Les résultats suggèrent que la représentation de la tristesse du TPL n'est pas associée à la perte, mais plutôt à l'impression d'avoir été endommagé par une attaque infligée par quelqu'un d'autre. Il s'agit d'une expérience peu mentalisée que l'individu semble tenter de réguler dans la sphère interpersonnelle. Cette expérience ne représenterait pas de la tristesse à proprement parler.

Les conclusions ont permis d'élaborer une nouvelle hypothèse de recherche : l'expérience de tristesse des patients souffrant d'un TPL ne correspond pas à la tristesse proprement dite, mais à une forme de détresse interpersonnelle impliquant à la fois des déficits du fonctionnement mental et une organisation particulière de la personnalité. Les implications cliniques et théoriques sont discutées.

Mots-clés : Trouble de personnalité limite, tristesse, souffrance, régulation affective, mentalisation, méthode qualitative.

ABSTRACT

The exploration of the phenomenology of sadness in patients with Borderline Personality Disorder (BPD) is relevant to the understanding of the pathology and to its treatment. BPD patients tend to experience distress intensely and frequently, and inefficient attempts at regulating this emotional experience is known to be associated with symptoms, such as suicidal or parasuicidal gestures (Bland, Williams, Scharer, & Manning, 2004; Brown, Williams, & Collins, 2007; Oldham, 2006; Paris, 2002). The literature on psychological suffering in BPD reveals an apparent contradiction: these patients experience a large amount of suffering, but they appear to not experience sadness. The nature of their suffering seems to be distinct from sadness, and has yet to be more fully explored empirically and theoretically. The present thesis aims at exploring the phenomenology of sadness in BPD. To our knowledge, no research has specifically attempted to investigate this particular topic, but some etiological pathways for understanding BPD suffering have been explored: temperament, mental functioning, depression, personality organization and traumatic events.

The first study proposes a theoretical and clinical investigation of the concept of sadness and defines it in opposition to distress. This distinction between sadness and distress focuses on phenomenological and metapsychological perspectives, and is in line with evolutionary theories of emotion and psychoanalytic formulations on mental functioning and object relationships. A case study illustrates this investigation.

The second study aims at exploring the phenomenology of sadness through an investigation of the major themes that BPD participants talk about when they are asked to recall episodes of sadness. Seven individuals with a diagnosis of BPD on the SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) participated in a semi-structured interview.

Following the *Interpretative Phenomenological Analysis* principles (Smith, 1996), a thematic analysis of 14 transcripts was performed by two doctoral students in order to outline the representation of sadness of BPD participants. Five themes were found: 1) aggression, 2) relationship broken off by the other, 3) undifferentiated negative affect, 4) self being defective, and 5) overwhelming experience. The results suggest that ‘sadness’ in those episodes is not associated with a representation of loss, but with a state of being ‘damaged’ by the aggression and/or the breaking off of the relationship inflicted by the other. This is a *non-mentalized* experience that the participants tend to regulate in the interpersonal field. This experience should not be conceptualized as sadness proper.

In conclusion, a new hypothesis emerges: the experience of sadness for BPD patients is not really sadness, but a form of interpersonally-focused distress. This emotional experience is characterized by a deficit in mental functioning and by a particular personality organization. Clinical and theoretical implications are discussed.

Keywords: Borderline Personality Disorder, sadness, suffering, affect regulation, mentalization, qualitative method.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Liste des sigles et abréviations	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Introduction	1
La tristesse et le trouble de personnalité limite	1
Mise en contexte	1
Le trouble de personnalité limite	3
La tristesse	5
Recension des écrits scientifiques.....	6
Le tempérament et le fonctionnement mental en rapport à l'affectivité négative .	7
La qualité de la dépression et l'organisation de la personnalité.....	9
L'influence du traumatisme	13
Questions soulevées	14
Présentation des deux études	16
Première étude.....	16
Deuxième étude	17
Chapitre 2: Première étude	18
La capacité d'être triste: implications pour la psychothérapie psychanalytique.....	19
La tristesse et la perte relationnelle	22
La tristesse en réponse à la perte	23
Description de la tristesse	23
Appareil psychique	26
Relations objectales.....	28
La détresse en réponse à la perte	32
Description de la détresse	32
Appareil psychique	32
Relations objectales.....	34
Illustration d'un mode de réaction à la souffrance par la détresse.....	37
Implications pour la psychothérapie psychanalytique	39
Conclusions	43
Chapitre 3: Deuxième étude	48
What does sadness mean for BPD patients ?	49

Chapitre 4: Discussion	81
Réflexions sur la nature de la souffrance des patients ayant un TPL.....	81
Trouble de personnalité limite et structure limite	81
L'autre personne, vitale et impossible à perdre	84
Carences en mentalisation et souffrance interpersonnelle	87
Implications cliniques	88
Capacité d'être triste et interventions psychothérapeutiques	88
Souffrance et dépression	91
Conclusion	97
 Liste des références	 99
 Appendice I : Directives pour les entrevues semi-dirigées	 i
 Appendice II : Codes et thèmes	 iii
 Appendice III: Lexique de codes	 vii

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

TPL: Trouble de personnalité limite

BPD: Borderline Personality Disorder

IPA: Interpretative phenomenological analysis (analyse phénoménologique
interprétative)

F: Frequency (Fréquence)

P: Participant

N Note

I: Interviewer

REMERCIEMENTS

À mes proches, tout d'abord, un grand merci pour votre amour et votre soutien. Charles, Lyselle et Anne, merci de votre présence à mes côtés.

Merci à Céline Boisvert, Terry Zaloum, Geneviève Leduc, Frédérique Saint-Pierre, Georges Beauséjour, Gilles Fauvel, Paule Delisle et Marc Lavoie pour vos paroles inspirantes.

Merci à Marie-Lise, mon amie de toujours, pour ta façon ensoleillée de voir la vie et pour m'avoir si souvent aidée à dédramatiser les situations.

Merci à mes bons amis de psychologie : Julie, Martin, Karine, Cynthia, Anthony, Stéphanie et Tziona pour votre amitié si précieuse, votre écoute et le partage de moments chargés d'intensité dans la poursuite de ce doctorat. Merci tout spécialement à Julie et Cynthia d'avoir lu et corrigé ma thèse.

Merci à mes tantes Dominique et Manon pour m'avoir encouragée depuis le tout début.

Merci à Serge Lecours pour ta confiance en ce projet, ton soutien et tes conseils.

Et en terminant, un merci tout spécial à Emilie Deschenaux. Merci pour ton implication dans ce projet et pour le thé! Merci surtout de m'avoir accompagnée dans des moments d'inspiration et d'angoisse.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

La tristesse et le trouble de personnalité limite

1. Mise en contexte

Le traitement de la douleur psychique des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL) est un défi clinique auquel seront confrontés plusieurs professionnels en relation d'aide tôt ou tard dans leur carrière. Le TPL est en effet très présent dans différents groupes de la société¹ (Bland, Williams, Scharer, & Manning, 2004), ces individus utilisent grandement les soins de santé (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001) et sont connus pour vivre avec une grande détresse qui se manifeste à travers divers symptômes² (Bland et al., 2004). Le raffinement de la compréhension de la souffrance psychique du TPL est un aspect central sur lequel la recherche doit se pencher pour l'amélioration du traitement. En effet, 3 à 10 % de ces patients se suicident (Paris, 2002), soit un taux 50 fois plus élevé que dans la population générale; 60 à 70 % font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Oldham, 2006) et 70 à 80 % s'automutilent pour, entre autres, tenter de gérer la détresse psychologique qui les accable (Brown, Williams, & Collins, 2007; Holm & Severinsson, 2010; Kemperman, Russ, & Shearin, 1997; Paris, 2005; Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Farenberg, & Bohus, 2005).

¹ Environ 2 % de la population générale, 10 % de la population clinique et 20 % de la population psychiatrique institutionnalisée (Bland et al., 2004).

² Désordres émotionnels, interpersonnels et identitaires; sensibilité à l'abandon; tendance à l'impulsivité et aux actes autodestructeurs; comorbidité notable avec des troubles dépressifs, d'abus de substance et des troubles des conduites alimentaires (Bland et al., 2004).

La « rencontre » avec la douleur psychique des patients souffrant d'un TPL est bien souvent une situation clinique qui est redoutée par les intervenants. Elle soulève des craintes et des appréhensions parce que cette souffrance est intense, débordante et extrêmement poignante pour les patients eux-mêmes, mais aussi pour les professionnels par le jeu des processus transférentiels. À ce sujet, une étude récente de Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers (2009) a exploré la perception d'infirmiers, psychologues et psychiatres par rapport au traitement des patients souffrant d'un TPL sévère. Les résultats de cette étude laissent croire que des moyens doivent être mis en place de toute urgence pour améliorer différents aspects du traitement. Les professionnels nomment par exemple la difficulté des patients à se laisser apprivoiser par les intervenants et à, paradoxalement, ne pas être trop attachés à ces derniers, mais aussi l'attitude pessimiste de ces mêmes intervenants envers cette clientèle.

La recherche sur la souffrance psychique du TPL est importante, donc, et l'intensité avec laquelle les patients tentent de la faire entendre est frappante. La recherche de Stanley et Wilson (2006) montre que des patients dépressifs avec un TPL ont des scores de dépression plus élevés que les patients uniquement dépressifs sur des mesures autorapportées, sans qu'aucune différence ne soit retrouvée sur des mesures objectives de dépression. Ces résultats suggèrent que pour un même niveau objectif de dépression, ces patients rapportent une plus grande souffrance psychique. Selon Nehls (1999), les trois éléments les plus marquants du discours de patients souffrant d'un TPL sont: 1) le sentiment de vivre avec une étiquette, 2) de vivre avec des comportements autodestructeurs perçus comme de la manipulation et 3) de vivre avec un accès limité aux services. On entend la plainte de ces patients d'être incompris dans leur souffrance

et d'être inadéquatement pris en charge par les professionnels de la santé. Les résultats de la recherche qualitative de Perseius, Ekdahl, Sasberg et Samuelson (2005) abondent dans le même sens en témoignant du sentiment de lutte de ces patients pour survivre à leur souffrance psychique intense et chronique. Pour les participants de cette étude, vivre avec le TPL veut dire, entre autres, se battre pour la santé et la dignité, survivre au drame émotionnel qu'ils décrivent comme de se balancer sur un fil ténu au-dessus d'un volcan (« balancing on a slack wire over a volcano ») (p. 164), et vivre avec les bons et les mauvais côtés des soins psychiatriques comme de ne pas être compris par les intervenants. On entend encore là la demande d'aide urgente de ces patients qui réclament d'être rencontrés et soutenus dans l'expérience de leur souffrance psychique.

2. Le trouble de personnalité limite

Mentionnons d'entrée de jeu différentes appellations données à la pathologie limite selon les orientations théoriques: le trouble de personnalité limite (DSM-IV-TR, APA, 2000), l'organisation limite de la personnalité (Kernberg, 1976) et l'état limite (p.ex. Bergeret, 1992). Selon le modèle de Kernberg, l'organisation limite de la personnalité se distingue de l'organisation névrotique et de l'organisation psychotique par le recours à des mécanismes de défense servant le clivage du moi et de l'objet, ce système défensif entraînant la diffusion de l'identité. Dans une telle organisation, l'épreuve de réalité est maintenue hors des périodes de stress et l'investissement des relations d'objet se fait sur un mode narcissique/anaclitique (Diguier, 2005). Selon le modèle de Bergeret (1992), l'état limite réfère à un type de personnalité caractérisé par un manque de structure solide et stable, amenant des oscillations entre les pôles psychotiques et névrotiques. Il

s'agit de concepts définissant une configuration plus ou moins stable de fonctionnement psychique et de relations d'objets intériorisés. Ces concepts se distinguent du trouble de personnalité limite tel que défini dans le DSM-IV-TR en fonction d'une série de critères spécifiques. Ces configurations de personnalité regroupent d'ailleurs différents troubles de personnalité, tels que les troubles antisociaux, narcissiques, dépendants et les troubles de personnalité limite du DSM-IV-TR.

Les cliniciens et chercheurs parlent presque inmanquablement d'une détresse ou dysphorie « fondamentale » lorsqu'ils décrivent le TPL (Zanarini & Frankenburg, 2007). C'est une douleur émotionnelle complexe aux causes multiples qui distingue le TPL des autres groupes cliniques selon une étude de Zodan, Charnas et Hilsenroth (2009)³. L'expérience d'affects dysphoriques est plus fréquente et d'une intensité plus élevée chez ces patients que chez ceux avec d'autres troubles de personnalité (Zanarini, Frankenburg, DeLuca, Hennen, Khera, & Gunderson, 1998 ; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1990). Le niveau global de dysphorie est finalement associé à des changements thérapeutiques plus lents chez ces patients que d'autres symptômes comme l'impulsivité et l'autodestruction (Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich, Hudson, & McSweeney, 2007).

³ Les participants limites ont significativement plus de déterminants de *texture* (*T*), *vista* (*Y*, *V*) et *couleur achromatique* (*C'*), ainsi que des scores plus élevés de l'*Indice de dépressivité* (*DEPI*) que des sujets avec des troubles de l'Axe I sans TPL (Zodan et al., 2009). La présence de beaucoup de déterminants de texture peut indiquer des frustrations dans les besoins relationnels, ceux de vista des sentiments négatifs par rapport à soi ou des sentiments d'impuissance, et celui de couleur achromatique la présence d'affects dysphoriques (Exner, 2009).

S'approcher de cette dysphorie, douleur ou souffrance selon la façon dont on la nomme, c'est entrer dans un univers parfois chaotique et traumatique. C'est aussi, souvent, découvrir des contenus affectifs dépassant en intensité l'expérience de tristesse que vivent la plupart des personnes lorsqu'elles souffrent. Dans son livre racontant son expérience des patients limites, le psychiatre Harold Searles (1985) cite une de ses patientes qui illustre bien ce propos:

« Je ne ressens pas la tristesse; ça n'est pas vraiment une chose que j'éprouve. Je comprends l'accablement, je comprends la rage et je comprends la terreur; mais je ne comprends pas les formes plus atténuées (elle avait parlé de la tristesse comme d'une forme atténuée du sentiment d'accablement)... Ce que je ressens, c'est ou bien l'accablement complet, ou rien. Je ne connais pas ces états intermédiaires; ils n'ont simplement jamais pu se développer. Les autres étaient trop forts. Alors, ce sont ces sentiments forts ou ce n'est rien, et la plupart du temps, ce n'était rien... » (Searles, 1985, p. 198).

Cette souffrance prend une forme intense, plus débordante qu'une tristesse « atténuée » comme en témoigne la patiente d'Harold Searles. C'est aussi une douleur qualitativement distincte que cette patiente décrit comme un fort sentiment d'accablement: de désespoir, d'impuissance, de détresse.

3. La tristesse

La souffrance a été appréhendée sous différentes appellations dans la recherche telles que la tristesse, les affects ou émotions négatifs, la dysphorie et la dépression. Chacune de ces appellations cerne probablement une facette expérientielle distincte. Par exemple, la tristesse réfère à une émotion spécifique dans la classe plus générale des affects ou émotions de valence négative⁴, c'est-à-dire les expériences émotionnelles désagréables

⁴ Les concepts d'affects et d'émotions seront vus comme équivalents dans cette thèse.

et/ou aversives. Elle est habituellement comprise comme une émotion ou un affect du registre de la normalité, alors que la dysphorie est souvent vue comme son pendant pathologique, caractérisé par une affectivité plus indifférenciée ou diffuse. La dépression réfère généralement à une entité nosographique regroupant divers symptômes en plus d'une humeur triste, tels que des symptômes neurovégétatifs et des pensées négatives. La tristesse est définie comme une expérience de tension interne se produisant lorsqu'un événement déplaisant, principalement une perte, a lieu sans que la personne elle-même ni les autres ne soient directement en cause, c'est-à-dire lorsque l'attribution de la responsabilité de l'événement ne peut être ni externe, ni interne. Cette émotion place le psychisme dans un contexte propice à la réflexion et au deuil.

4. Recension des écrits scientifiques

Cette thèse explore avec une méthode qualitative ce que l'expérience de tristesse veut dire pour les patients limites, c'est-à-dire quel sens ils lui donnent, et quels principaux thèmes ressortent dans leur discours entourant des moments de tristesse. Alors qu'à notre connaissance aucune étude n'a encore abordé explicitement cet objectif, des domaines connexes ont été explorés: 1) le tempérament et le fonctionnement mental en rapport à l'affectivité négative, 2) la qualité de la dépression et l'influence de l'organisation psychique et 3) le traumatisme. La recension des écrits de chacun de ces domaines sera brièvement abordée dans la section suivante.

4.1 Le tempérament et le fonctionnement mental en rapport à l'affectivité négative

D'abord, rappelons que l'interaction entre des éléments constitutionnels et des adversités environnementales est reconnue comme explication générale du TPL, comme de la plupart sinon l'ensemble des troubles mentaux. Des études d'orientations théoriques diverses s'entendent pour parler de la centralité de facteurs constitutionnels ou du moins partiellement constitutionnels dans l'étiologie de l'importante difficulté de traitement des affects négatifs chez le TPL⁵. Ces études nous apprennent que chez ces patients, les affects négatifs sont plus intenses que chez les autres patients, et qu'ils tentent souvent (consciemment ou non) de les éviter. Ces études nous apprennent également que les affects négatifs sont plus indifférenciés comparativement à la souffrance des patients qui en expriment divers « tons » avec des mots comme « morosité », « lourdeur », « nostalgie », « tristesse » ou « deuil », ou encore compliqués par un mélange avec d'autres émotions comme la colère ou la peur. Pour faire une analogie avec la souffrance physique, on pourrait décrire l'affectivité négative de ces patients comme un sentiment d'« avoir mal » sans qu'une blessure précise ne puisse être localisée dans le corps.

Avant d'aborder quelques-unes des études sur le tempérament du TPL, il importe d'abord de comprendre que la façon dont l'appareil psychique traite les émotions en général influence l'expérience subjective de la souffrance et sa représentation mentale. Par exemple, une personne dont le tempérament l'amène à vivre les émotions plus intensément pourrait se retrouver rapidement en situation d'être débordée par ses

⁵ Par affects négatifs, on entend plusieurs émotions aversives comme la colère et la peur en plus de la tristesse.

émotions, et donc en recherche de stratégies pour contrôler celles-ci comparativement à une autre dont les émotions sont naturellement plus tempérées. Dans le cas du TPL, les études s'entendent pour dire que ces patients ont un tempérament caractérisé par un fort névrotisme, c'est-à-dire qu'ils vivent des affects négatifs intenses et fréquents comme la détresse, la colère ou la peur (p.ex., Korner, Gerull, Stevenson, & Merach., 2007; Meyer, Ajchenbrenner, & Bowles 2005). Ils seraient en quelque sorte biologiquement constitués pour ressentir davantage les émotions négatives que les autres personnes. Plus intenses et fréquentes, ces émotions sont par le fait même plus débordantes, et plus aversives. Les patients cherchent alors à les contrôler et les éviter. Cette idée est appuyée par les résultats de Korner, Gerull, Meares et Stevenson (2008) qui parlent d'un tempérament « d'affectivité négative » chez le TPL, et par ceux de Stiglmayr et ses collaborateurs (2005) indiquant que ces patients rapportent plus fréquemment et à des niveaux supérieurs une « tension interne aversive » comparativement aux sujets contrôle (échantillon non clinique). Yen, Zlotnick et Costello (2002) ont également montré que l'intensité des émotions et les tentatives de les contrôler sont corrélées au nombre de traits du TPL. La perspective du modèle biopsychosocial de Cloninger (1987) associe également le TPL à un tempérament marqué par un niveau élevé d'évitement du danger (*harm avoidance*)⁶ (p.ex. Joyce et al., 2003; Korner et al., 2007 ; Meyer et al., 2005). Ce type de tempérament amène les personnes souffrant d'un TPL à être plus sensibles que

⁶ Ce modèle a été nuancé par une étude de Fossati et al. (2001) indiquant que le niveau élevé d'évitement du danger associé au TPL s'expliquait principalement par une problématique d'attachement plutôt que par une disposition biologique du tempérament.

les autres à la douleur émotionnelle, et à avoir plus tendance à éviter les situations pouvant la susciter.

En plus d'une part de l'étiologie qui relève du tempérament, l'intensité de la souffrance psychique (ou la détresse) ressentie par le patient limite est reliée à une problématique de régulation et de verbalisation des émotions (Ebner-Priemer et al., 2008). Cette conception est appuyée par une étude de Zittel Conklin, Bradley et Westen (2006) qui propose une description empirique de la dérégulation émotionnelle du TPL. Les résultats de cette étude témoignent tant de l'intensité de l'affectivité négative du TPL que de la difficulté qu'ont les patients à réguler ces affects. Ces patients emploient diverses stratégies de contrôle non adaptatives, telles que l'impulsivité, l'évitement, l'automutilation et les menaces de suicide. Ils se plaindraient également de souffrir sur le plan somatique, ce qui pourrait être expliqué par la même problématique de régulation des affects négatifs selon Tragesser, Bruns, et Disorbio (2010). Finalement, Bateman et Fonagy (2004) pensent que le TPL est caractérisé par une carence de mentalisation des affects (principalement des affects négatifs), c'est-à-dire une difficulté à se représenter ses états mentaux et ceux des autres. Ces états mentaux sont vécus de façon indifférenciée, et sont difficiles à mettre en mots et à distinguer. Ils sont souvent vécus très concrètement, souvent par la voie somatique ou par des passages à l'acte.

4.2. La qualité de la dépression et l'organisation de la personnalité

Certaines études parlent de la souffrance psychique du TPL comme d'une expérience « dépressive » faisant partie ou non d'un syndrome dépressif. La nature de cette souffrance serait dépendante de l'organisation de la personnalité du patient. Pour

résumer les études citées dans cette section, retenons que la souffrance du TPL se distingue de la tristesse parce qu'elle comporte un aspect « agressif relationnel », et parce qu'elle est marquée par des contenus archaïques schizo-paranoïdes plutôt que par ceux qui seraient issus de la position dépressive. Abordons plus en détail quelques-unes des études empiriques et théoriques expliquant la saveur particulière de cette expérience. En lien avec le syndrome dépressif, la plupart des études s'entendent pour parler d'une dépression d'abandon (ou anaclitique) centrée sur des enjeux interpersonnels (p.ex., Gunderson & Phillips, 1991; Gunderson et al., 2004; Levy, Edell, & McGlashan, 2007 ; Westen, Moses, Silk, Lohr, Cohen, & Segal, 1992). Cette expérience émotionnelle ferait « partie » d'une dépression et impliquerait presque nécessairement la présence (ou l'absence) d'une autre personne (Leichsenring, 2004). Compte tenu de l'importance incontestée des éléments interpersonnels telle que la dépendance relationnelle dans la pathologie limite, ces résultats ne sont pas étonnants (p.ex., Bornstein, Becker-Matero, Winarick, & Reichman, 2010). Toutefois, il semble qu'au-delà de la dépression, c'est l'expérience subjective de la souffrance psychique de ces patients qui semble caractérisée par des enjeux interpersonnels (Levy et al., 2007). Il est intéressant de noter ici une distinction entre les concepts de tristesse et dépression, celle-ci n'étant pas toujours faite dans les études⁷.

⁷ Certains chercheurs soutiennent l'importance de tenir compte de la différence entre la tristesse et le syndrome dépressif relevant d'une dysfonction de nature psychobiologique (Horwitz & Wakefield, 2008). Selon ces auteurs, il faut cesser de catégoriser toute forme de souffrance psychique comme une réaction « malade » qu'il faut contrôler et traiter par la médication. Il faut plutôt comprendre que la souffrance psychique peut être bénéfique et normale.

L'expérience de souffrance « dépressive » des individus de structure limite comme de ceux souffrant d'un TPL est marquée par des thèmes interpersonnels agressifs. Le matériel projectif de participants de structure limite recèle des thématiques comme la torture, l'étranglement, les relations parasitiques et les forces suprêmes enveloppantes selon Leichsenring (2004). Dans cette organisation de la personnalité, l'individu vit différentes émotions intenses et contradictoires envers les personnes de son entourage sur un fond quasi constant d'agressivité. Par exemple, il peut être ambivalent entre un désir de se distancer de l'autre qui l'agresse et un désir paradoxal que cet autre comble ses lacunes internes. Il peut également sentir qu'il ne peut se séparer de l'agresseur, d'où l'émergence d'un sentiment dépressif.

Leichsenring (2004) utilise le concept kleinien de position dépressive pour expliquer en quoi l'expérience « dépressive » des individus de structure limite se distingue de la tristesse de ceux de structure névrotique. L'auteur affirme que plus les participants de son étude ont des relations d'objet matures (selon l'échelle de Rorschach de *Mutuality Of Autonomy* d'Urist, 1977), plus ils expérimentent d'affects comme la tristesse, propre à la position dépressive. À l'inverse et dans le cas des individus de structure limite, les relations immatures entraînent l'inaccessibilité à la position dépressive⁸, position dans laquelle ils pourraient ressentir de la tristesse parce que les capacités de deuil seraient intégrées (Kernberg, 1986). Contrairement à la souffrance issue de la position dépressive, celle des personnes de structure limite serait la manifestation d'un

⁸ La position dépressive est notamment caractérisée par l'intégration des représentations clivées de l'autre bon et de l'autre mauvais en une seule représentation d'un objet total envers lequel le patient peut ressentir du souci (*concern*) et de l'empathie.

psychisme « envahi » par des contenus schizo-paranoïdes, tels le sentiment de persécution et la rage (Kernberg, 1994). Si une tristesse est présente, elle est influencée par l'organisation psychique de la position schizo-paranoïde, tel que le mentionne Waska (2002): « developmentally, many of these difficult patients are testing the waters of the depressive position, but they experience their depressive phantasies through a paranoid lens » (p.386). Dans ce contexte, le psychisme est organisé par les mécanismes de clivage et d'identification projective. La représentation interne de soi est celle d'un être frustré, attaqué et traumatisé. Elle est combinée à une représentation de l'autre comme d'une personne supérieure et malveillante, voire sadique. Les représentations d'objets internes sont accompagnées d'un puissant sentiment de rage plutôt que de tristesse. En raison du système défensif organisé par le clivage, les affects « dépressifs » demeurent inconscients, même si les manifestations comportementales et cognitives de la souffrance sont bien visibles, ou encore sont elles ressenties par l'interlocuteur par identification projective (Renaud, 2007).

La teneur agressive de cette souffrance dirigée tant envers soi qu'envers l'autre se détache grandement de la tristesse associée au deuil, comme l'indique une étude de Pazzagli et Rossi Monti (2000). Ces auteurs affirment que la souffrance du patient limite n'est pas caractérisée par la tristesse, mais plutôt par l'irritabilité. Cette souffrance ne serait pas la manifestation d'une douleur marquant un processus de deuil, mais une condition vécue par un mélange de colère et de vide intérieur. Selon ces auteurs toujours (2000), le patient se vivrait comme étant toujours en douleur de sa propre incomplétude et de son manque de l'autre, mais il n'arriverait pas à « atteindre » la position dépressive où le deuil serait possible: « The intrinsic risk in the borderline situation consists

precisely in an authentic depression that, paradoxically, can never be reached » (p. 222). L'incapacité de ressentir la tristesse est d'ailleurs vue comme une manifestation centrale de la pathologie limite. À ce sujet, Searles (1985) affirme que: « le fait que l'individu borderline ne puisse pas, sans thérapie, ressentir le chagrin est l'un des critères qui permet de diagnostiquer un état borderline et la thérapie a pour but essentiel de l'y aider» (p. 199). Searles (1985) ajoute que certains fantasmes des patients, tels que le désir de vengeance, peuvent être compris comme une défense contre le chagrin tant redouté. « Mieux vaut se venger que de montrer sa faiblesse », pourrait se dire le patient, alors que la tristesse satisferait d'une part le sadisme du mauvais objet et impliquerait d'autre part un véritable investissement dans la relation.

4.3 L'influence du traumatisme

Finalement, la « tristesse » des patients souffrant d'un TPL est souvent complexifiée par la survenue d'un traumatisme (Korner et al., 2007). Selon Zanarini et Frankenburg (1994), l'intensité de la douleur émotionnelle des personnes souffrant d'un TPL proviendrait en grande partie des blessures du passé: «borderline patients are not so much afraid of staying in an empty house as they are terrified of being trapped in a haunted house—a house haunted by the memories of what others have done to them and what they, in turn, have done to themselves and others » (p.28). Pour ces patients, toute souffrance psychique peut faire « plus mal » et être plus difficilement gérable parce qu'elle « rappelle » un ancien traumatisme. À ce sujet, une étude de Holm et Severinsson (2008) témoigne de l'importance pour les participants souffrant d'un TPL tant des blessures traumatiques du passé que du sentiment d'avoir été victime

d'individus malveillants. Les principaux thèmes dont les participants parlent pour décrire leur condition sont d'avoir été abusés et négligés durant l'enfance, en plus de devoir maintenant se battre avec des émotions les poussant à l'automutilation et de vivre avec des problèmes sociaux reliés à leurs difficultés de régulation émotionnelle. Une autre étude de Holm, Bégat et Severinsson (2009) ajoute qu'ils vivent avec l'idée d'avoir été forcés à taire et cacher leurs sentiments, d'avoir été des victimes et de n'avoir pas été aimés.

5. Questions soulevées

Avec cette recension des écrits, une apparente contradiction ressort: les patients vivant avec un TPL sont énormément souffrants, mais ils vivent peu (ou pas) de tristesse. Ils semblent plutôt vivre une forme de dysphorie ou de détresse. Différentes pistes de compréhension pour expliquer cette expérience émotionnelle ont été soulevées dans les sections précédentes (i.e. tempérament, fonctionnement mental, dépression, organisation de la personnalité, traumatisme). Alors que le « pourquoi » reste quelque peu nébuleux, une constatation est claire: ce n'est pas vraiment de la tristesse, mais une autre forme de souffrance psychique demandant à être précisée davantage par la recherche. Alors que différentes pistes théoriques et empiriques ont été explorées pour décrire cette expérience émotionnelle (p.ex., Kernberg, 1994; Pazzagli & Rossi Monti, 2000; Searles, 1985), il s'agit pour la plupart de théories d'experts traduisant leur compréhension du TPL. À notre connaissance, aucune étude n'a demandé clairement aux patients de parler de ce que la tristesse voulait dire pour eux. Cette exploration est pourtant importante parce qu'elle 1) donne l'opportunité aux patients de s'exprimer, 2) peut aider à raffiner

la compréhension de leur souffrance et mieux outiller les intervenants à en gérer les différentes manifestations, 3) peut aider ces mêmes intervenants à mieux transmettre leur compréhension aux patients et ainsi améliorer l'alliance thérapeutique, et finalement 4) peut guider la réflexion concernant de nouvelles pistes d'interventions visant spécifiquement la gestion et le développement de capacités de traitement de cette souffrance psychique (ce que nous nommerons la *capacité d'être triste*).

Plusieurs des études citées dans les sections précédentes se basent sur une méthodologie principalement quantitative, en évaluant différentes composantes de l'affectivité négative comme un construit généralisable. En raison de la nature idiosyncrasique de l'expérience émotive et de la relativité de la réalité subjective, la méthodologie qualitative offre différents avantages. Elle permet l'intégration de différentes variables auprès d'un plus petit échantillon pour une analyse plus fine des différences individuelles. Elle donne accès à une partie de la signification subjective de l'expérience pour le participant. Alors que les études quantitatives fournissent de précieuses informations à l'aide de mesures expérimentales ou autorapportées, la méthodologie qualitative permet la tenue d'entretiens, favorisant ainsi la validité écologique et l'application directe au milieu clinique. Basée sur une approche principalement inductive, flexible et adaptable, cette méthode offre une ouverture à des connaissances et compréhensions inédites ainsi qu'à la création de nouvelles pistes de recherche. Elle peut apporter une contribution pour améliorer la compréhension de l'expérience de tristesse pour les patients ayant un TPL. Pour ces raisons, la méthodologie qualitative sera utilisée dans cette thèse.

6. Présentation des deux études

6.1. Première étude

*L'objectif de la première étude de cette thèse est de réfléchir à une question préalable à l'étude empirique de la tristesse du TPL, soit de mieux comprendre théoriquement ce que la tristesse est. Cette étude est présentée sous forme d'article dans le chapitre 2 de la thèse. Cet article, intitulé « La capacité d'être triste des patients : implications pour la psychothérapie psychanalytique », a été publié dans le numéro 4 de la revue *Psychothérapies* en décembre 2010.*

La tristesse a été peu étudiée en recherche. Il est donc essentiel de préciser d'abord ce qui est entendu par ce concept pour comprendre celle des personnes vivant avec un TPL. Pour ce faire, l'expérience de tristesse sera contrastée avec une forme de détresse plus « primitive ». Ce souci de mieux comprendre la nature différentielle de la tristesse suit la pensée de certains auteurs évolutionnistes pour qui chaque émotion humaine a une nature, une fonction et un développement particuliers (p.ex., Izard, 2000). La détresse est une expérience émotionnelle de choix pour la comparaison à la tristesse, car les deux expériences se ressemblent beaucoup, mais sont pourtant des entités phénoménologiques et métapsychologiques distinctes. Par ailleurs, lorsqu'on réalise l'arrivée relativement tardive de la tristesse dans le développement humain (Tomkins, 1963), une question se pose. Est-ce que tous les êtres humains « atteignent » vraiment la *capacité d'être triste*? C'est sur cette question que la première étude de cette thèse se propose de réfléchir par une démarche théorique ainsi qu'une illustration clinique. Plus précisément, le premier article poursuit l'objectif de soutenir le présupposé suivant: *une capacité d'être triste serait une compétence acquise au cours du développement, et la psychothérapie*

psychanalytique pourrait avoir pour l'un de ses objectifs de la développer. Considérant la méthodologie qualitative adoptée dans cette thèse et sa finalité exploratoire, aucune hypothèse plus spécifique n'a été élaborée afin de préserver la nature essentiellement inductive du projet.

6.2. Deuxième étude

*La seconde étude répond à l'objectif d'explorer avec une méthode qualitative phénoménologique ce que la tristesse représente pour des participants souffrant d'un TPL. Cette démarche implique l'analyse des principaux thèmes abordés par les participants lorsqu'ils racontent des moments où ils se sont sentis tristes. Cette démarche vise à apporter une contribution à la compréhension du phénomène pour générer de nouvelles hypothèses de recherche qui seront, nous l'espérons, éventuellement confirmées par la recherche quantitative. Encore une fois, aucune hypothèse formelle n'est énoncée afin de préserver la nature inductive du travail. Or, le « bagage théorique » des chercheurs ne pouvant être occulté, le présupposé principal est que *l'expérience phénoménologique de tristesse des personnes souffrant d'un TPL se rapproche davantage d'un vécu de détresse que d'un vécu de tristesse.* Ce présupposé demeure toutefois assez souple et vaste, demandant à être précisé par le contact avec les données. Notons que cet article, intitulé « What does sadness mean for BPD patients ? », a été accepté pour publication dans la revue *Journal of Personality Disorders* en juillet 2011 et est présentement sous presse.*

CHAPITRE 2 : PREMIÈRE ÉTUDE

La capacité d'être triste: implications pour la psychothérapie psychanalytique

Contributions des auteurs:

Rachel Briand-Malenfant a élaboré le projet, fait les analyses et rédigé l'article.

Serge Lecours a guidé le processus d'élaboration de la méthodologie et du modèle théorique. Il a également révisé le manuscrit.

Emilie Deschenaux a contribué à l'élaboration de la vignette clinique avec Rachel Briand-Malenfant.

LA CAPACITÉ D'ÊTRE TRISTE : IMPLICATIONS POUR LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE

Rachel BRIAND-MALENFANT, Serge LECOURS et Emilie DESCHENAUX

Résumé

Le développement de la capacité d'être triste peut être conçu comme un but thérapeutique, car une plus grande disponibilité de l'expérience de tristesse peut être bénéfique pour les patients. Or, certains vivent une forme de tristesse qualitativement distincte, conceptualisée comme une expérience de détresse. Le thérapeute peut utilement aider le patient triste à élaborer son expérience affective par l'interprétation des conflits psychiques, mais il doit par ailleurs aider le patient en détresse à contenir son expérience émotionnelle.

Abstract

THE CAPACITY TO BE SAD: IMPLICATIONS FOR PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

Developing the capacity to be sad could be seen as a therapeutic goal because sadness can be beneficial for patients. Nonetheless, some patients experience a qualitatively distinct form of sadness, conceptualized as distress. Therapists should help sad patients to elaborate their affective experience through interpretation of psychic conflicts, but they should help patients in distress to contain their emotional experience.

Mots-clés

Tristesse – Détresse – Régulation affective – Psychothérapie psychanalytique –
Phénoménologie des émotions.

« La première manifestation de progrès fut rapportée par le patient lorsqu’il parla d’un sentiment tout nouveau d’affection pour sa fille. (...) Deux fois cette semaine-là, il avait versé des larmes et cela lui parut un bon présage, car il avait été incapable jusque-là de pleurer ou de rire, comme il avait été incapable d’aimer. »

- D.W. Winnicott (1983, p.39)

Les écrits cliniques abondent de récits de patients pour qui la psychothérapie a pris un tournant marquant au moment où ils ont pu être en contact avec leur souffrance intérieure. Cette souffrance, témoin d’une rencontre intime avec des parties jusque-là inexplorées de leur psychisme, est décrite par Jacobson (1957): « Durant le traitement, des patients déprimés qui ont retiré leur libido du monde objectal peuvent rechercher la tristesse de façon soutenue. Ils peuvent même réaliser que si seulement ils pouvaient être tristes et pleurer, ils sentiraient le monde à nouveau » (traduction libre, p. 87-88).

Plusieurs cliniciens pensent, paradoxalement, qu'il faut que les patients souffrent « davantage » pour éventuellement souffrir « moins ». Aider ces patients à vivre de la tristesse pour leurs blessures actuelles et anciennes est un but souvent poursuivi en thérapie. Cette idée concernant les bienfaits d'une « capacité de souffrir » des patients est appuyée empiriquement par une série d'études relevant des théories des émotions sur les vertus adaptatives de la tristesse dans l'expérience humaine, qui est par exemple associée au bien-être psychologique (Van Harreveld, Van der Pligt, Claassen, & Van Dijk, 2007). Cette vision rejoint celle de cultures traditionnelles et orientales, où la tristesse est même glorifiée (Vandervoort, 2001)⁹. Dans cette optique, la tristesse est conceptualisée comme une émotion adaptative dont l'expérience doit être favorisée en thérapie, notamment à partir d'interprétations des conflits psychiques pouvant en freiner ou en réduire la pleine appropriation subjective. Or, les écrits cliniques font également état de patients pour qui l'expérience de tristesse porte sur un contenu, plus difficile à tolérer, de débordement, de panique et d'agression. La nature de la souffrance associée à cette expérience semble être qualitativement distincte, représentant une détresse archaïque qui se distingue d'une forme plus adaptative de tristesse. S'agirait-il alors d'une émotion à promouvoir en thérapie? Et si oui, comment aider les cliniciens à déterminer des objectifs thérapeutiques s'adressant de façon juste tant au contenu de cette souffrance qu'aux capacités du patient d'y faire face? Pour explorer ces questionnements, cet article a pour objectifs 1) de contraster en termes de phénoménologie et de

⁹ Les traditions funéraires africaines où des pleureuses veillent sur les tombes des défunts constituent un exemple de cette apologie de la tristesse, notamment dans le processus de deuil.

métapsychologie¹⁰ ces deux expériences distinctes que sont la tristesse et la détresse, et 2) d'explorer les implications d'une telle distinction sur la pratique clinique. Une vignette sera également proposée pour illustrer l'expérience de détresse.

1. La tristesse et la perte relationnelle

La tristesse et la détresse représentent toutes deux des émotions de valence négative témoignant d'une souffrance intérieure. Au cœur de ces expériences émotionnelles, la perte relationnelle¹¹ constitue un élément intégrateur, agissant notamment à titre de déclencheur ou d'événement causal principal. La perte relationnelle constitue un contexte particulièrement frustrant, où un ensemble de ressources psychiques sont mobilisées. Pour cette raison, il s'agit d'un événement catalyseur d'un mode privilégié de réaction émotionnelle chez le patient en fonction des caractéristiques de sa personnalité. Il s'agit donc d'un contexte propice à l'étude de la distinction des concepts présentés dans cet article¹². La perte relationnelle est vécue différemment chez tout un chacun, notamment en fonction de la signification qui lui est attribuée. À

¹⁰ Dans cet article, l'usage du mot "tristesse" sera réservé à l'expérience émotionnelle adaptative associée au deuil et/ou à l'introspection, alors que celui de "détresse" sera réservé à l'expérience émotionnelle dont les contenus de deuil et/ou d'introspection sont moins caractéristiques.

¹¹ Le concept de perte relationnelle représente dans cet article une expérience subjective de perte réelle (p.ex. décès, séparation) ou fantasmée (p.ex., sentiment de rejet de la part de l'être cher) d'une relation significative dans son entièreté (p.ex., rupture de la relation) ou de certains éléments de celle-ci (p.ex. la perte de la confiance envers l'autre accompagnant un sentiment d'avoir été trahi).

¹² Le contexte de perte relationnelle est privilégié dans le présent article aux fins de clarté, mais il ne constitue pas le seul contexte pouvant induire des réactions de tristesse ou de détresse.

quel point la personne perdue était-elle nécessaire à la vie du patient? Quelles sont les capacités de ce dernier pour surmonter cette épreuve? Plusieurs significations influençant la nature subjective de la perte régissent la façon dont le patient réagit face à celle-ci, que ce soit par une tristesse plus contenue ou plutôt par une détresse débordante. Tel que le mentionnent Chabert, Kaës, Lanouzière et Schniewind (2005):

On peut aisément admettre que, d'une part, les pertes sont susceptibles d'atteindre le moi de manières différentes selon ce qu'elles touchent, et que, d'autre part, les moyens utilisés pour lutter contre ou au contraire intégrer ces pertes et leurs effets seront déterminés par des modalités de fonctionnement psychique spécifiques de chaque individu (Chabert et al., p. 4-5).

Pour reprendre les mots de Chabert et de ses collaborateurs, nous pensons que ce que les pertes relationnelles « touchent » relève entre autres de la qualité du lien affectif précédant la perte, qualité pouvant être comprise en termes de relations objectales. Les « moyens utilisés pour lutter contre » réfèrent entre autres aux capacités psychiques de l'individu. C'est sur la base de ces éléments théoriques (développement des relations objectales et de l'appareil psychique) que la tristesse et la détresse seront abordées dans cet article.

2. La tristesse en réponse à la perte

2.1. Description de la tristesse

La tristesse est reconnue comme une émotion de valence négative, tout comme la dépression¹³ et la détresse. Souvent confondus dans les écrits, ces concepts représentent pourtant des entités phénoménologiques et métapsychologiques

¹³ Terme entendu ici comme «émotion dépressive» et non pas comme son entité nosologique. Des distinctions à ce sujet seront reprises dans cet article.

distinctes. Reconnue comme une émotion universelle, la tristesse peut être définie comme une expérience de douleur et de tension interne se produisant lorsqu'un événement déplaisant a lieu sans que la personne elle-même ni les autres ne soient directement en cause, c'est-à-dire lorsque l'attribution de la responsabilité de l'événement ne peut être ni externe, ni interne (Izard, 2000). Cet événement déplaisant est habituellement une séparation physique ou psychologique d'avec une personne chère, ou encore un sentiment d'échec face à un but significatif (Izard, 2000). Selon Lazarus (1994), la perte perçue comme irrévocable est le facteur causal commun. La personne triste a tendance à adopter certaines réactions comportementales typiques suite à la perte de l'être cher, telles qu'un ralentissement psychomoteur, des cris, des pleurs, ainsi qu'un certain repli sur soi et une recherche de soutien (Freed & Mann, 2007; Izard, 2000). La phénoménologie associée à cette expérience en est une de désespoir, de solitude et de vide. La personne se sent ralentie, morose et découragée. Elle a l'impression d'une lourdeur ou d'un poids en elle. Elle peut aussi se sentir entourée de noirceur, comme si la vie était dépouillée de lumière. Souvent, cette émotion est accompagnée de souvenirs de l'être perdu.

Certains auteurs soulignent la pertinence de distinguer la tristesse de la dépression (p.ex., Barr-Zisowitz, 2000; Horwitz & Wakefield, 2008). Pour certains cliniciens, la tristesse représente la dimension « normale » de l'expérience de douleur psychologique se situant sur un continuum allant de la normalité à la dépression. Elle peut alors être utilisée dans le même sens que celui d'émotions dépressives ou d'affects dépressifs¹⁴. Pour certains auteurs (p.ex., Barr-Zisowitz, 2000; Horwitz & Wakefield, 2008), la tristesse ne devrait pas être considérée comme néfaste au même

¹⁴ Aux fins de clarté, les concepts d'émotions et d'affects seront considérés équivalents.

titre que la dépression, cette distinction s'avérant importante pour le traitement pharmacologique. Contrairement à la tristesse, la dépression (ou syndrome dépressif) est une dysfonction psychobiologique et une réaction inadaptée au contexte, excessivement douloureuse, pouvant se manifester par des symptômes d'une grande intensité (insomnie, pensées suicidaires, épisodes psychotiques). Elle se distingue également par sa nature chronique (Horwitz & Wakefield, 2008).

Contrairement à la dépression, la tristesse a plusieurs effets positifs. Elle communique que la perte s'impose comme un problème à résoudre et contribue à motiver la prise de décision, la recherche de solutions et la gestion du problème (Izard, 2000). Elle favorise la diminution de l'attention tournée vers l'extérieur au profit de l'attention tournée sur soi. Certains auteurs en parlent comme d'une émotion où le soi est le sujet s'appropriant l'expérience émotionnelle (Barbalet, 2005; Izard, 2000). Cette expérience ne peut être expulsée, l'individu se repliant plutôt sur lui-même et analysant ses états internes. Elle contribue à placer l'individu dans un contexte facilitant un processus d'introspection, lui fournissant une rétroaction corporelle, affective et cognitive sur l'expérience qu'il est en train de vivre. Ce processus d'introspection permet d'entamer une étape régénératrice de prise de conscience, d'acceptation et d'évolution. Elle est également associée au processus de deuil, favorisant le détachement de l'être cher en ralentissant l'activité motrice et psychologique afin de conserver l'énergie pour susciter des réflexions et des prises de conscience (Barr-Zisowitz, 2000; Izard, 2000; Nesse, 2000). Elle joue un rôle central dans l'empathie, suscitant la perception de la vulnérabilité de l'autre, et donc des comportements de soutien (Abe & Izard, 1999).

Suite à l'exploration des diverses vertus adaptatives attribuées à la tristesse dans la perte relationnelle, une constatation s'impose: il semble que cette forme de tristesse représente une expérience émotionnelle mature. D'une part, si elle facilite les prises de conscience et l'introspection, elle requiert un appareil psychique bien développé. D'autre part, si elle favorise un travail de deuil, elle nécessite également d'être manifestée dans un contexte relationnel assez sécurisant pour permettre ce deuil. Cette expérience est-elle réellement accessible chez tous les patients? Les connaissances cliniques sur la diversité en termes de développement de l'appareil psychique et de la qualité des relations interpersonnelles incitent à penser que non. Ces réflexions amènent à nuancer la perception selon laquelle la tristesse, parce qu'elle est innée, se manifeste nécessairement sous une forme évoluée. Nous pensons plutôt que l'expérience de tristesse dépend, du moins en partie, des capacités de l'appareil psychique à la traiter et du contexte relationnel dans lequel elle s'inscrit.

2.2. Appareil psychique

La tristesse peut être comprise comme une émotion prise en charge par un appareil psychique relativement bien développé, d'où sa nature adaptative dans le traitement de la perte relationnelle. Ainsi, toute perte provoque une expérience de frustration. Dans une logique *bionnienne*, on peut penser que dans la tristesse, le patient aurait acquis une capacité de tolérer la frustration suffisante pour la contenir, c'est-à-dire pour la réguler de façon intrapsychique. C'est le cas de patients qui discutent de la peine suscitée par la perte d'un être cher, mais qui n'agissent pas l'émotion dans une décharge motrice. En contenant la frustration, l'appareil psychique transforme plutôt

l'expérience émotionnelle brute en une émotion elle-même plus tolérable, tel que l'explique Bion (1964): « la capacité de tolérance de la frustration permet ainsi à la psyché d'élaborer la pensée en tant que moyen de rendre plus tolérable la frustration même qui est tolérée » (p. 77). Ce processus est central pour que l'expérience émotionnelle soit exprimée par une tristesse adaptative. On pourrait même dire que, par définition, la tristesse adaptative est une forme de frustration « contenue »: la personne triste doit tolérer la situation frustrante associée à la perte, contenir l'expérience affective et attendre qu'elle passe. Ce mode de traitement affectif axé sur l'intériorité se distingue d'un fonctionnement axé sur l'extériorité, celui-ci étant plutôt le propre des émotions du registre de l'agressivité¹⁵. Cette fonction de contenance peut être associée, dans un cadre métapsychologique différent, au concept de mentalisation, c'est-à-dire: « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation, menant spécifiquement à la *transformation* et à l'élaboration des expériences affectives et pulsionnelles en phénomènes et structures mentaux plus organisés » (Lecours & Bouchard, 1997, p. 858). La qualité de la mentalisation contribue à influencer la façon dont l'expérience émotionnelle est manifestée. Élaborée dans l'optique de travail de deuil, contenue comme une expérience interne et régulée à l'intérieur du psychisme, c'est ainsi qu'une tristesse bien mentalisée se manifeste dans le cas de patients en contact avec leur souffrance, qui démontrent une capacité de créer un sens face à celle-ci tout en se montrant déçus et peïnés. Dit autrement, et suivant la pensée de Bion, le contenu émotionnel se vit

¹⁵ C'est le cas de passage à l'acte agressif, où l'expression affective se fait "à l'extérieur" du psychisme.

plus facilement via le traitement par la rêverie d'un contenant adéquat (appareil psychique), la transformation du contenu en éléments « pensés » lui conférant une intensité plus tolérable. Selon ce fonctionnement, certains patients développent un mode de réponse affective intrapsychique face à la perte à partir d'expériences répétées de traitement de pertes antérieures, celles-ci forgeant petit à petit leur perception quant à la nature de toute perte relationnelle: une épreuve qu'ils peuvent traverser ou une catastrophe pouvant mener à l'effondrement psychique?

2.3. Relations objectales

La réaction émotionnelle face à la perte est également influencée par la perception qu'ont les patients de leur capacité fondamentale de perdre l'autre. La tristesse est dépendante d'une certaine prise de conscience de la perte (Freed & Mann, 2008). Elle est en ce sens témoin d'une perte d'un être cher étant représenté comme un objet interne « perdable », c'est-à-dire dont la perte peut être représentée parce que tolérée. Pour explorer cette question, il semble utile de se tourner vers la théorie de la séparation-individuation de Malher (1973), ce processus développemental traçant le mode de réaction émotionnelle face aux pertes subséquentes. Une des caractéristiques requises pour expérimenter la perte est la distinction entre le moi et l'extérieur, dont l'avènement survient avec la fin de la fusion mère-enfant. Si cette distinction n'est pas suffisamment élaborée¹⁶, la perte ne pourra pas être représentée adéquatement. Dans le cas où cette distinction est suffisante, l'expérience de perte est assez tolérable pour être marquée d'une tristesse adaptative lorsqu'elle se produit dans un contexte

¹⁶ Ce mode réfère aux structures psychotiques dont la discussion dépasse le cadre de cet article.

d'investissement objectal, celui-ci se développant alors que l'enfant se dégage peu à peu de l'état symbiotique pour investir sa mère¹⁷ comme un individu distinct ayant une valeur propre. Cette réalité psychique se distingue de l'investissement narcissique et/ou anaclitique où la mère peut, dans certains cas, être porteuse d'une fonction de moi auxiliaire, c'est-à-dire qu'elle peut jouer un rôle fondamental dans la régulation des états internes de l'enfant en complétant en quelque sorte les ressources psychiques insuffisantes de celui-ci. Pour soutenir cette distinction dans un contexte de perte relationnelle, Bergeret (1992) parle des pertes objectales et narcissiques:

Dans un premier cas, et chez tout névrotique, il s'agit d'un objet de désir, objectalement investi, futur, à tenter de posséder sans punition, dans le second cas, et chez l'état limite, il s'agit d'un objet passé, objet fonctionnel, indispensable, à ne pas perdre (p. 115).

Dans cet extrait, Bergeret avance l'idée reconnue cliniquement que des distinctions existent entre ces deux types de pertes, entraînant des réactions émotionnelles et des « évolutions psychiques » très différentes. Dans cette même ligne de pensée, Freud (1917) soutenait que la perte objectale est traitée par un processus de deuil accompagné de tristesse, contrairement à la perte narcissique pouvant évoluer en mélancolie. Le deuil est possible dans la perte objectale parce que l'être cher n'était pas essentiel à la survie, alors qu'il est compliqué dans le cas de la perte narcissique parce que l'être cher occupait une fonction « vitale » dans le fonctionnement psychique. Dans la perte objectale toujours, perdre l'être cher correspond à être confronté à son absence, si douloureuse soit-elle, mais n'est pas ajoutée à la perte de la fonction qu'il remplissait. Ce type de perte étant tolérable pour un moi qui détient

¹⁷ Il s'agit du concept de mère psychique, faisant référence à toute personne assurant les soins vitaux lors des premiers moments de vie.

les compétences internes nécessaires pour se gérer seul, la perte est perçue comme surmontable par le patient. À la longue, des expériences positives répétées de traitement intrapsychique de la perte contribuent à soutenir la représentation des pertes comme tolérables, parce que l'autre est représenté comme un objet interne perdable d'une part, et parce que le soi est représenté comme pouvant survivre à l'absence de l'autre d'autre part. Ce processus renforce l'investissement objectal au détriment d'un investissement narcissique, et amoindrit l'intensité de la douleur de la perte. Comme la douleur est moins grande que dans le cas de la perte narcissique, elle taxe moins les ressources psychiques de l'individu, qui arrive à réguler cette expérience émotionnelle « à l'intérieur » de son psychisme.

Une autre caractéristique de la relation objectale contribuant au traitement de la perte par la tristesse est la capacité d'internalisation de l'objet interne, tel qu'avancé par Freud (1917). Cette capacité de se représenter le bon objet libidinal mène au développement de la constance affective de ce même objet, c'est-à-dire la capacité d'en conserver psychiquement la trace en son absence (Malher, 1973). Avec l'acquisition de cette capacité dans le processus de séparation-individuation, la perte est représentée comme une expérience tolérable parce que ce qui est perdu par le patient est la présence physique de l'autre, et non pas l'existence psychique proprement dite de l'objet interne. La tristesse mène au deuil, c'est-à-dire au dégagement de la libido dirigée vers le défunt par l'internalisation du bon objet interne. Le discours de certains patients illustre bien ce processus, alors qu'ils se réconfortent de la perte en se remémorant que l'être cher reste vivant dans l'esprit et veille sur eux. D'autres éléments objectaux peuvent être mis en cause dans le

traitement de la perte, ceux qui ont été présentés n'étant retenus qu'à titre d'exemple pour illustrer comment le degré de séparation-individuation influence la façon d'approcher toute perte relationnelle d'une part, mais également la façon dont la réaction émotionnelle se manifeste d'autre part. Pour résumer, nous pensons qu'à l'instar de la robustesse de l'appareil psychique, le degré de séparation-individuation constitue un facteur déterminant pour la régulation de la perte, parce qu'il qualifie la nature et l'intensité de la douleur associée de cette même perte. L'influence réciproque du fonctionnement de l'appareil psychique et de la relation objectale étant reconnue en psychologie, il y a donc présence de deux facteurs associés influençant conjointement la manifestation émotionnelle. Dit autrement, la tristesse adaptative peut être décrite comme une expérience émotionnelle prise en charge par un moi fonctionnant sur un mode d'expression affective intrapsychique et s'inscrivant dans un contexte de perte objectale, comme c'est le cas chez certains patients, souvent névrotiques, qui s'en sortent plutôt bien face à une perte significative. S'ils sont parfois « coupés » de leur expérience affective, ce ne serait être en raison d'une incapacité fondamentale à ressentir la tristesse, mais bien parce que des représentations associées à cette expérience émotionnelle sont refoulées. Les aider à être tristes en interprétant les conflits psychiques associés à la perte s'avère alors tout à fait indiqué puisqu'ils ont la capacité de tolérer cette tristesse et de la laisser faire son travail adaptatif facilitant le deuil. Cette capacité d'être triste semble toutefois être inaccessible pour certains patients, la souffrance prenant alors une forme différente. Plusieurs cas de figure sont possibles, tels que la détresse caractéristique

d'un certain fonctionnement psychique, celui de patients particulièrement vulnérables face à la perte relationnelle.

3. La détresse en réponse à la perte

3.1. Description de la détresse

La détresse se rapproche de la tristesse dans son aspect comportemental, ce qui peut expliquer le fait que ces expériences ne soient pas toujours distinguées, bien qu'elles se différencient sur les plans du fonctionnement mental et interpersonnel. La détresse est une réaction de souffrance psychologique qui prend la forme d'une protestation contre la surcharge de tension, et qui se manifeste par une tentative désespérée de changer la situation vécue comme intolérable. Elle témoigne également d'un sentiment de panique couplée à une lutte pour la survie. Cet état est marqué par la dépendance dans la relation à l'autre qui est recruté par un appel à l'aide avide (Chabert et al., 2005). Cette détresse est vécue comme devant être exprimée « à l'extérieur » du psychisme, bien souvent en direction des autres qui jouent un rôle de régulateur affectif interpersonnel, de moi auxiliaire ou d'« espace psychique externe » (André & Chabert, 1999).

3.2. Appareil psychique

L'état de détresse prend racine dans une ou des expériences traumatiques chez l'enfant (*Hilflosigkeit* selon Freud, 1926), alors que ce dernier expérimente une tension intense, à la fois physiologique et psychologique (André & Chabert, 1999; Freud, 1926). C'est notamment le cas d'enfants qui, placés devant l'absence de leur

mère, ne peuvent en tolérer la disparition. Cette détresse, vécue comme un débordement de souffrance, est un état innommable et irreprésentable, « sans représentation (ce qui ne veut pas dire sans perception ni sensation) » (Roussillon, 1999, p. 19-20). Par son intensité et sa teneur extrêmement aversive, cet état traumatique contrecarre les capacités de représentation (de mentalisation) de l'appareil psychique. Une trace mnésique du traumatisme s'inscrit implicitement dans le psychisme, mais aucune représentation explicite ne se forme, tel que le mentionne Roussillon (1999):

D'un côté, l'expérience a été 'vécue', et donc elle a laissé des 'traces mnésiques' de son éprouvé et en même temps, d'un autre côté, elle n'a pas été vécue et appropriée comme telle dans la mesure ou, comme le dit Winnicott, elle n'a pas été mise 'au présent du moi', ce qui supposerait qu'elle ait été représentée (p. 20).

Cette expérience, non mentalisée, fait « partie » du psychisme à un niveau implicite sans toutefois trouver d'écho explicite dans le réseau représentationnel. Elle laisse pourtant des traces, telles que la difficulté à réguler *intrapsychiquement* les expériences de souffrance ultérieures. En effet, une forme de détresse se manifeste chez certains adultes lors d'évènements rappelant le traumatisme infantile, tels que la perte d'un être cher, où l'intensité de la tension dépasse les capacités de régulation affective intrapsychique. Le patient est confronté à un manque de recours externes parce qu'aucune aide ne provient des autres ou n'est suffisante pour apaiser l'état, alors qu'aucun recours ne peut provenir de « l'intérieur » puisque les capacités de régulation affective intrapsychique sont défailtantes. La souffrance est double: à la détresse initiale s'ajoute la souffrance d'être « sans moyens de s'aider soi-même » (Cotti, Leydenbach, & Vichyn, 2003, p. 32), provoquant un profond désespoir et, comme Roussillon l'affirme (1999), une « honte d'être qui menace l'existence même

de la subjectivité et l'organisation psychique » (p. 19-20). Cet état implique une blessure narcissique du fait que le patient, honteux de n'être pas secouru, mais aussi honteux d'avoir besoin de l'être, est meurtri et désespéré. Il apparaît clair que cet état de détresse prend une teneur et une intensité qui se distingue du modèle de la tristesse en rapport à la représentation d'une perte. Tel que soulevé par Roussillon (1999): « la question qui apparaît alors est celle du *non-advenu de soi* plutôt que celle de la *perte*, le paradoxe du processus de deuil étant de confronter alors le sujet au fait d'avoir à renoncer à ce qui n'a pas pu être de lui plutôt qu'à ce qui a été et fut perdu » (p. 14). Le deuil ne peut être fait à partir d'une souffrance n'ayant pas été représentée. C'est donc ailleurs que dans l'interprétation des conflits psychiques associés à la perte relationnelle qu'il faut chercher des orientations thérapeutiques. Il semble plutôt profitable d'aider ces patients à développer une capacité de régulation affective intrapsychique pour se « départir » de l'utilisation de la régulation affective interpersonnelle, propos repris dans une prochaine section de cet article.

3.3. Relations objectales

Au caractère insurmontable de la détresse pour ces patients au vu de leurs ressources internes lacunaires s'ajoute une impression fondamentale de ne pas pouvoir perdre l'autre, dotant également cette expérience d'une intensité de tension extrêmement douloureuse qui taxe les ressources du moi. La détresse est souvent une réaction propre aux pertes d'objets internes vécus comme « non perdables », c'est-à-dire dont la perte ne peut être représentée parce que la douleur de leur absence est intolérable. La détresse, toujours, est associée à une perte narcissique, c'est-à-dire celle d'un

objet interne vécu comme étant une partie de soi. Les patients souffrent en fait d'une double perte: celle de l'autre ainsi que des bénéfices vitaux que celui-ci leur apportait. On peut comprendre que cette détresse soit « non utilisable » pour le deuil, et qu'elle se distingue de la tristesse survenant dans le cas d'une perte objectale:

Loin d'être une attaque cachée contre un autre imaginé hostile parce que frustrant, la *tristesse* (c.à.d. pour nous la détresse) serait le signal d'un moi primitif blessé, incomplet, vide. Un tel individu ne se considère pas lésé, mais atteint d'un défaut fondamental, d'une carence congénitale. Son *chagrin* (c.à.d. pour nous la détresse) ne cache pas la culpabilité ou la faute d'une vengeance ourdie en secret contre l'objet ambivalent. Sa *tristesse* (c.à.d. pour nous la détresse) serait plutôt l'expression la plus archaïque d'une blessure narcissique non symbolisable, innommable, si précoce qu'aucun agent extérieur (sujet ou objet) ne peut lui être référé (Kristeva, 1987, p. 21-22, nous soulignons et commentons).

Les patients en détresse doivent composer avec une blessure psychique relevant d'un contenu plus archaïque que celui associé à la représentation de la perte de l'autre. C'est ce contenu psychique archaïque qu'il faut approcher en thérapie, peut-être avant d'explorer une possible élaboration de la perte. À cette blessure s'ajoutent des représentations compliquées par rapport à la relation d'objet interne, celle-ci étant marquée par des positions clivées. En effet, l'objet interne est indispensable dans sa facette positive, mais également malveillant et parfois sadique dans sa facette négative. Des sentiments de rage ou de culpabilité peuvent alors compliquer l'expérience de détresse, et contribuer à maintenir ces patients dans un état où le deuil est impossible en raison de l'intensité et de la teneur des attaques surmoïques (Freud, 1917). Ces patients peuvent voir leur détresse s'associer à un retournement de l'agressivité contre soi, les maintenant dans un état émotionnel aversif freinant leur évolution psychique. La détresse peut également devenir une façon de s'identifier à l'autre, alors que la trace psychique de l'objet-partie-de-soi risque de disparaître. En

effet, la détresse s'inscrit au cœur d'une dynamique objectale marquée par des carences dans l'internalisation de l'objet libidinal (Malher, 1973). Sans constance affective de l'objet interne, la séparation d'avec l'autre fait office d'une double perte: perte réelle, mais également perte du bon objet psychique. Dans un tel contexte, comment ces patients peuvent-ils tolérer les pertes s'ils ne peuvent conserver aucune trace psychique de l'autre, si minime soit-elle?

Suite à cette description, on peut aisément comprendre toute l'intensité de la douleur propre à la perte narcissique, et saisir pourquoi elle ne peut être vécue avec une tristesse accompagnée d'un deuil, de tels processus matures impliquant, rappelons-le, une tolérance à la prise de conscience de la perte (Freed & Mann, 2008). Alors qu'elle permet la survie psychique suite à une perte intolérable, la détresse bloque le processus de deuil et d'introspection par l'extériorisation de l'expérience émotionnelle. Dans un tel contexte, le recrutement urgent d'une figure d'attachement a préséance sur la transformation psychique de la souffrance. Il semble clair donc que cette expérience témoigne d'un fonctionnement psychique différent de celui de la tristesse, tant par son contenu objectal que par sa prise en charge par le moi. Évidemment, l'appareil psychique ou la relation objectale peuvent tour à tour jouer un rôle prépondérant dans la façon dont l'expérience sera vécue et exprimée. Parce qu'elle maintient le patient dans un mode d'expression affective axé sur l'extériorité freinant le processus adaptatif de deuil, nous pensons toutefois que l'orientation thérapeutique doit porter en priorité sur le développement de l'appareil psychique, propos repris plus loin dans cet article. Il importe surtout pour le moment de se rappeler de la nature qualitativement distincte de l'expérience de détresse pour

comprendre que certains patients ne peuvent tout simplement pas vivre de tristesse sous une forme adaptative.

4. Illustration d'un mode de réaction à la souffrance par la détresse

La patiente, dans la trentaine, occupe un emploi stable. Suite aux recommandations de son médecin, elle consulte en psychologie en raison de la rechute d'un épisode dépressif vécu quelques années auparavant. Elle présente des symptômes dépressifs: pleurs fréquents, idéations suicidaires, perte d'intérêt et d'énergie pour ses activités quotidiennes, ralentissement psychomoteur, difficultés de sommeil, augmentation de l'appétit et prise de poids. Prenant des antidépresseurs, elle pense qu'elle pourrait bénéficier d'un suivi thérapeutique tant pour freiner sa rechute que pour comprendre et régler des enjeux « de fond » sur les plans relationnel et professionnel. La patiente est décrite comme une personne de contact agréable qui, après une courte période de méfiance, installe une relation de confiance. Elle est également décrite comme étant « proche de ses émotions » et « capable de faire des liens et d'élaborer à propos de son expérience », incitant la thérapeute à la percevoir dans les premières séances comme étant de structure névrotique. Toutefois, ses réactions de détresse fréquentes incitent plutôt la thérapeute à penser qu'il s'agit d'une personne de structure limite présentant certains traits de trouble de personnalité limite, tels que la dépendance relationnelle, l'abus de substances et des enjeux d'abandon. Ses réactions de détresse, se produisant à chaque séance, sont extrêmement intenses, la patiente éprouvant de la difficulté à parler, à penser et à se « reconstituer » à la fin de la rencontre. Sa détresse, en rapport notamment à une peur de perdre des personnes chères de son

entourage, est décrite par cette dernière comme une douleur insoutenable qu'elle vit très concrètement dans son corps, d'où ses idéations suicidaires lorsque la tension devient trop intense. Cette détresse est également décrite comme un effondrement, un sentiment de tomber et de s'enfoncer, ou comme un sentiment d'être abandonnée, apeurée et laissée seule à elle-même. Finalement, la patiente parle de son sentiment d'impuissance à s'aider elle-même ou à se faire aider pour sortir de cet état dans lequel elle se sent « prise au piège ». Elle entretient la conviction profonde qu'il n'y a aucun espoir pour elle d'aller mieux, même si elle aimerait malgré tout que cela se produise. À la longue, la thérapeute constate que la patiente semble contrainte à se maintenir dans son état d'impuissance, état que la thérapeute reconnaît en elle avec intensité à certains moments, par le jeu des identifications projectives. L'état de détresse de la patiente se maintient, entravant sa capacité d'élaboration affective. Plus le traitement avance, plus il semble évident pour la thérapeute que le fait « d'aller mieux » est en quelque sorte bloqué par une répétition d'enjeux relationnels non symbolisés. Les hypothèses de la thérapeute l'amènent à faire le lien entre cette conduite et la position de victime dans laquelle la patiente était souvent placée par sa mère lorsqu'elle était enfant. Il semble que la détresse exprimée en séance constitue une répétition de la détresse infantile cherchant à prendre maintenant un sens.

Sur le plan du fonctionnement mental, les carences de mentalisation se manifestent tant par les débordements émotionnels que par le recrutement de la thérapeute comme moi auxiliaire instauré inconsciemment. La patiente semble se réguler fréquemment par l'entremise de la thérapeute en lui faisant vivre ses états débordants de désespoir, d'impuissance et de panique. La thérapeute entre également en

résonance régulièrement avec l'impression de la patiente que sa détresse est intolérable, et elle a fréquemment peur que celle-ci mette fin à ses jours. Sur le plan des relations objectales, la patiente semble investir narcissiquement ses relations interpersonnelles, la solitude étant pour elle intolérable puisque ce sont les autres « qui la définissent et lui donnent vie ». La perte de personnes chères est vue comme une perspective intolérable qui mènerait tout droit à sa mort et à son anéantissement. Les carences de l'appareil psychique et l'investissement narcissique rendent intolérables des interprétations visant l'élaboration de l'angoisse de perte. Plus encore, la détresse semble contribuer à contrecarrer cette possibilité d'élaboration. De plus, la détresse semble alimenter la répétition de, et à confirmer, l'état d'impuissance. Par le fait même, sa détresse encourage le maintien du statu quo et freine son évolution psychique. Cette détresse semble difficile à tolérer, mais le fait de l'interpréter semble également confirmer l'état d'impuissance de la patiente, ce qui pousse la thérapeute à se questionner sur la façon de gérer cette détresse.

5. Implications pour la psychothérapie psychodynamique

L'étude de cette vignette clinique soulève la question de la nature adaptative de la détresse. Alors que, comme on le sait, la tristesse est adaptative chez les patients, la détresse favorise un climat d'expulsion psychique visant à lutter contre la prise de conscience de la perte et nuisant par le fait même au processus de deuil ainsi qu'à l'introspection qui pourrait s'ensuivre. Le déficit de régulation affective semble être un facteur important d'explication et de maintien de cet état. Ainsi, bien que des enjeux objectaux soient également présents, l'orientation thérapeutique doit viser la

régulation émotionnelle. Comment améliorer la robustesse de l'appareil psychique en thérapie? Sur ce point, nous pensons que des interprétations de l'expérience de la détresse ne sont pas favorables au même titre que celles de la tristesse, puisque, d'une part, la détresse n'encourage pas l'évolution psychique, et parce que, d'autre part, l'interprétation s'adresserait à un contenu encore non interprétable, parce que non représenté. Or, si le thérapeute n'interprète pas cette détresse, comment peut-il tout de même espérer une évolution du patient? D'abord, nous pensons que la possibilité d'évolution thérapeutique dans le contexte nous intéressant, c'est-à-dire l'intégration progressive de la capacité d'être triste, passe par des processus implicites d'intériorisation de la fonction de régulation affective du thérapeute et de développement de la capacité de régulation affective intrapsychique. À ce sujet, certains auteurs conçoivent que le changement thérapeutique se produit à travers une transformation des procédés relationnels implicites à l'œuvre entre le thérapeute et le patient (Bruschweiler-Stern et al., 2002). C'est dans cette ligne de pensée que nous inscrivons notre réflexion. Nous pensons en effet que les échanges interpersonnels procéduraux et implicites peuvent soutenir progressivement une intériorisation de la capacité de régulation affective intrapsychique et, ultimement, de la capacité d'être triste. Nous pensons que l'intégration progressive de ces expériences relationnelles peut contribuer à créer une représentation de l'expérience de souffrance psychique comme tolérable, et à changer la qualité subjective que présente la perte pour le patient: d'une épreuve catastrophique qu'il ne peut gérer seul, elle pourra devenir une expérience douloureuse, mais surmontable qu'il pourra assumer avec aide peut-être, mais néanmoins avec une plus grande indépendance. Il s'agit d'objectifs de

développement à long terme qui passent par une restructuration profonde de la personnalité.

Pour expliciter davantage les interventions thérapeutiques favorables à ce développement de la personnalité, nous utiliserons le concept de « capacité à contenir », c'est-à-dire « la prise en charge des émotions pénibles d'une autre personne, émotions qui sans cela ne sont pas contenues » (Casement, 1985, p. 146).

Une façon pour le thérapeute de réguler de façon interpersonnelle les crises de détresse, pour éventuellement créer une représentation de celles-ci, tiendrait à cette capacité à contenir l'expérience émotionnelle pour le patient, alors que ce dernier ne peut le faire seul. Cette fonction de contenance implique que le thérapeute reconnaisse que le patient est en détresse plutôt que triste, et qu'il a besoin « d'aide » pour réguler et mentaliser cet état. Pour ce faire, il importe d'aller au-delà du discours manifeste du patient, qui peut paraître ou se dire « triste » alors que sa réalité psychique témoigne d'une détresse plus archaïque. Il importe également que le thérapeute s'interroge sur le degré de souffrance psychique que le patient peut vivre de façon productive, pour se positionner entre autres sur la possibilité de recours à la médication. Même si une médication s'avère nécessaire, la capacité du thérapeute à contenir la détresse est centrale, c'est-à-dire le fait de jouer un rôle de régulation affective interpersonnelle ou de *holding* (Winnicott, 1969). Au-delà d'une fonction d'aide temporaire à la survie, ce rôle de régulation affective interpersonnelle peut avoir une influence directe sur l'intériorisation progressive de la capacité de régulation affective intrapsychique: « il peut être décisif pour un patient d'être ainsi tenu (*held*) pour retrouver, ou pour découvrir, peut-être pour la première fois, une

capacité d'assumer la vie et les difficultés de la vie sans que se poursuive l'évitement ou la répression » (Casement, 1985, p. 146). Dit autrement et en suivant la pensée de Bion, le thérapeute exerçant une fonction *contenante* peut aider le patient à réguler sa détresse et à l'expérimenter sous une forme plus métabolisée, ce qui contribue à développer sa capacité de mentalisation ou sa *tolérance affective*, c'est-à-dire « l'habileté de répondre à un stimulus qui provoque habituellement un affect par l'expérience subjective de l'émotion, plutôt que par une apparente 'non-réaction' ou une chaîne de réponses de décharge, comme les comportements impulsifs, la somatisation, ou la désorganisation de la personnalité » (traduction libre, Shashin, 1985, p.175). En suivant l'idée d'une distinction entre des modèles métapsychologiques de conflit et de déficit (Killingmo, 1989), cette attitude où le thérapeute prend consciemment un rôle de *contenant* ou de *régulateur affectif interpersonnel* (modèle du déficit) contraste avec l'attitude d'un autre qui, par exemple, interprète les émotions pour lever le refoulement sur celles-ci (modèle du conflit). Dans le modèle du déficit toujours, le thérapeute démontre une attitude qui, tout en maintenant un cadre ferme, peut le modifier ou en ajouter des « suppléments », comme des clarifications, des confrontations ou des conseils pratiques (Lecours, 2005). Ces manœuvres, en plus d'aider au développement général de la personnalité, confèrent au thérapeute une fonction active dans la régulation affective de la détresse du patient, alors qu'il propose: « activement et concrètement au patient un pare-excitation, un contenant, un stimulant à la représentation, un support à l'introjection d'imagos bienveillantes, un butoir à la projection d'imagos malveillantes, une satisfaction à certains 'besoins du moi' fondamentaux, un miroir

validant, etc. » (Lecours, 2005, p. 96). Cette position particulière du thérapeute fournit au patient un contexte sécurisant lui permettant d'expérimenter et de se représenter pour la toute première fois son expérience de détresse, sans subir le risque de fragmentation psychique.

6. Conclusions

C'est par la reconnaissance et la tolérance des premiers moments de détresse par le thérapeute d'abord, et par le patient ensuite qu'un changement dans le mode de réaction émotionnelle est possible. Il faut s'adresser en premier lieu à ce contenu relevant d'une blessure passée, mais toujours bien actuelle avant de, peut-être, se diriger vers un travail sur une forme plus élaborée de traitement de la perte marquée par la tristesse. Plus encore, parler de tristesse et de deuil à un patient en détresse peut être contreproductif, d'une part parce que ce discours peut confirmer pour lui l'impression de ne pas être compris, mais d'autre part parce qu'il peut mettre en lumière chez lui le sentiment d'être incapable de remplir les attentes du thérapeute. Comme le proposent différentes approches récentes en psychothérapie psychodynamique (p.ex. Killingmo, 1989; Lecours, 2005), nous sommes en faveur d'une adaptation du cadre psychanalytique classique dans ce contexte. Évidemment, les expériences de détresse et de tristesse ont été contrastées dans cet article de façon dichotomique aux fins de clarté, alors que la complexité de la réalité clinique est toute autre. Il existe probablement des patients qui ont tendance à alterner entre des réactions de détresse et de tristesse. Sans occulter la possibilité d'une telle alternance, le propos de cet article réfère à un mode de réaction émotionnelle privilégiée par le

patient. Également, cet article ne vise pas à présenter de façon exhaustive toutes formes de souffrance psychiques, d'autres cas de figure étant possibles tels qu'une réaction de rage ou de dépression. De telles situations appellent également des explorations théoriques approfondies. Finalement, cet article vise à explorer l'abord thérapeutique de la détresse dans le cadre d'un fonctionnement relevant principalement du registre limite, alors qu'il importe dans le travail clinique d'être également attentif à la possibilité que le patient présente une difficulté à vivre la tristesse pouvant relever d'enjeux de nature névrotique, telle qu'une attitude surmoïque qui « interdit » d'être triste ou qui ne peut tolérer la position de vulnérabilité que la tristesse implique; ou encore les effets d'une dépression qui « gèle » les émotions. Dans un tel contexte, le travail thérapeutique à effectuer peut être davantage en ligne avec le cadre psychanalytique classique, bien que nous pensions que de tels patients peuvent également bénéficier d'une transformation implicite de leur expérience émotionnelle.

Références

- Abe, J. A., & Izard, C. E. (1999). The developmental functions of emotions: an analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion*, 13(5), 523-549.
- André, J., & Chabert, C. (1999). *États de détresse*. Paris: Presse Universitaires de France.
- Barbalet, J. (2005). Weeping and transformation of the self. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 35, 125-141.

- Barr-Zisowitz, C. (2000). ‘Sadness’ – Is there such a thing? Dans M. Lewis, & J.M. Haviland-Jones (Éds), *Handbook of Emotions: 2nd ed.* (pp. 607-622). New York: The Guilford Press.
- Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique.* Paris: Éditions Payot.
- Bion, W. R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 28(1), 75-84.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D., & Tronick, E. Z. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83, 1051-1062.
- Casement, P. (1985). *À l'écoute du patient.* Paris: Presses Universitaires de France.
- Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J., & Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression.* Paris: Dunod.
- Cotti, P., Leydenbach, T., & Vichyn, B. (2003). Quelle traduction pour la Traumdeutung? Débat entre Patricia Cotti, Théo Leydenbach et Bertrand Vichyn. *Champ Psychosomatique*, 3(31), 25-45.
- Freed, P. J., & Mann, J. J. (2007). Sadness and loss: Toward a neurobiopsychological model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. Dans R.V. Frankiel (Éd), *Essential papers on object loss* (1994), (pp. 38-51). New York: New York University Press.

- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptômes et angoisse*. Réédition (1993). Paris: Presses Universitaires de France.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2008). *The loss of sadness*. New York: Oxford University Press.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. Dans A. E. Kazdin, (Éd.) *Encyclopedia of Psychology*, Vol. 7 (pp. 137-138). New York: Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1957). Normal and pathological moods: their nature and functions. *Psychoanalytic Study of the Child*, 12, 73-113.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Kristeva, J. (1987). *Soleil noir*. Paris: Éditions Gallimar.
- Lazarus, R. (1994). Universal antecedents of the emotion. Dans P., Ekman, & R.J. Davidson, (Éds), *Nature of emotion* (pp. 163-171). New York: Oxford University Press.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25, 91-100.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-873.
- Malher, M. (1973). *Psychose infantile*. Paris: Éditions Payot.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression and adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.

- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Shashin, J. E. (1985). Affect Tolerance: A model of affect-response using catastrophe theory. *Journal of Biological Structure*, 8, 175-202.
- Vandervoort, D. J. (2001). Cross-cultural differences in coping with sadness. *Current Psychology*, 20(2), 147-153.
- Van Harreveld, F., Van der Pligt, J., Claassen, L., & Van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior*, 34(5), 697-708.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Éditions Payot.
- Winnicott, D. W. (1983). *Fragment d'une analyse*. Paris : Éditions Payot.

CHAPITRE 3 : DEUXIÈME ÉTUDE
What does sadness mean for BPD patients ?

Contributions des auteurs:

Rachel Briand-Malenfant a effectué la recension des écrits, élaboré le modèle théorique et rédigé l'article.

Serge Lecours a guidé le processus d'élaboration du modèle théorique. Il a également révisé le manuscrit.

Emilie Deschenaux a contribué à la cotation du matériel et à l'élaboration du modèle théorique.

What does sadness mean to BPD patients?

Briand-Malenfant, R., Lecours, S, & Deschenaux, E.

ABSTRACT

Dysphoria is a core feature of Borderline Personality Disorder. Although a few studies have examined the nature of dysphoria in those patients, no research has focused on their experience of **sadness**. Considering the adaptive value of this emotion, an understanding of how BPD patients experience sadness is relevant to treatment. We conducted a qualitative analysis of the narratives of seven individuals with a diagnosis of BPD who have participated to a semi-structured interview describing sadness experiences in a relational context. Fourteen episodes were analyzed jointly by two doctoral students following *Interpretative Phenomenological Analysis* principles. Five themes were found: 1) *aggression*, 2) *relationship broken off by the other*, 3) *undifferentiated negative affect*, 4) *self being defective*, and 5) *overwhelming experience*. Surprisingly, sadness in a relational context was not associated with a representation of loss. The results suggest instead that ‘sadness’ in those episodes is a *non-mentalized* experience that should not be conceptualized as sadness proper.

WHAT DOES SADNESS MEAN FOR BPD PATIENTS?

A deficit in affect processing is often recognized as a central component of Borderline Personality Disorder, be it from a mentalization (Bateman & Fonagy, 2004) or an affect regulation perspective (Ebner-Priemer et al., 2008). Indeed, the problematic processing of *dysphoric affects* has been described as a core feature of BPD pathology since patients tend to experience these affects intensely and frequently (Zanarini, Frankenburg, DeLuca, Hennen, Khera, & Gunderson, 1998), and to feel they cannot control them (Zittel Conklin, Bradley & Westen, 2006). Inefficient regulation of dysphoric affects is also known to be associated with symptoms such as suicidal and parasuicidal gestures (Paris, 2005), and with frequent use of health care services (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001). With the aim of reducing these manifestations, efforts have been made to better understand the phenomenology of dysphoric affects in BPD, resulting in their labelling as, for instance, states of distress, of aversive inner tension and of inner pain, in reference to their intensity and undifferentiated nature (Holm & Severinsson, 2008; Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Farenberg, & Bohus, 2005; Zanarini & Frankenburg, 2007). Dysphoric affectivity in BPD has also been described as an ‘interpersonal depression’ (Westen, Moses, Silk, Lorn, Cohen, & Segal, 1992), in line with the clinical description of emotional and interpersonal disturbances, and with extreme sensitivity to abandonment (Bland, Williams, Scharer, & Manning, 2004).

When distinctions are made among dysphoric affects, a new hypothesis emerges: BPD patients experience a large amount of *dysphoria*, but they appear to

not experience *sadness*, as observed by some psychoanalytic theorists (Grinker, 1968; Searles, 1994). From an evolutionary perspective, sadness is commonly described as a sophisticated emotional experience that puts the mind in a disposition facilitating the emergence of psychological capacities such as introspection and mourning (Izard, 2000). Dysphoria refers instead to a more general set of negative affects involving emotional suffering. From a psychoanalytic perspective, the absence of sadness in BPD could be understood as a reaction characteristic of the schizo-paranoid position (Waska, 2002), in which sadness and mourning are being supplanted by archaic psychic contents such as rage (Kernberg, 1994) or interpersonal depression (Gunderson & Phillips, 1991; Westen et al., 1992). From this viewpoint, the subjective experience of mourning and sadness requires a particular psychological organization, the depressive position, marked namely by the integration of splitting into ambivalence towards internal object representations, sufficient ego strength, and the capacity for introspection, empathy and concern (Kernberg, 1986). This psychological organization could also be understood as a type of affective processing in which the affect is managed within the ego or *contained* (Bion, 1962), instead of being expelled and regulated outwardly in the intersubjective field (Briand-Malenfant, Lecours, & Deschenaux, 2010). This particular organization characteristic of the depressive position seems to be absent in BPD, and the patients could thus lack an access to *sadness*, leading to the experience of a form of *dysphoria* that has yet to be explored.

We wish to further explore this interpersonal form of ‘sadness’ in BPD through a qualitative phenomenological approach. To our knowledge, no research has

been specifically conducted to investigate this particular topic. Moreover, few studies have focused on the ‘voice’ or actual discourse of patients. A deeper understanding of ‘sadness’ as it is experienced by BPD patients could profitably help clinicians to find new therapeutic strategies for improving the patients’ everyday ‘use’ of sadness, as this emotion is known to facilitate adaptive functions such as introspection, acceptance of loss, and psychological growth (Horwitz & Wakefield, 2008; Izard, 2000). To further explore this topic, the present study asked BPD participants what sadness meant to them in the context of a relational experience, and their response was submitted to an *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) which aims to “explore in detail how participants are making sense of their personal and social world” (Smith, 1996, p. 51,). More specifically, this study aimed at discovering the phenomenology of sadness through an investigation of the major themes that inhabit BPD participants’ narratives when they are asked to recall relational episodes of sadness. This is a phenomenological goal that focuses on the patients’ perspective, as opposed to the goal of producing an objective comprehension of the phenomenon from an external perspective. This is also an interpretative goal that puts emphasis on the active role of the researcher in the construction of knowledge. As the IPA approach postulates it, knowledge is built upon the participants’ subjectivity, but the access to their ‘message’ could be complicated by different aspects of their experience, such as a difficulty elaborating it or a reticence to disclose particular elements. Therefore, researchers need to help translate the ‘message’ by interpreting the data. The IPA approach postulates that the apprehension of a psychological phenomenon is influenced by the researchers’ theoretical and personal prior

assumptions. Therefore, these assumptions need to be stated as explicitly as possible and taken into account in the analytic process, instead of being (illusively) controlled or eliminated. This view is in agreement with a constructivist philosophical stance, which states that knowledge is idiosyncratic and built upon the participants' and the researcher's subjectivity. This philosophical view implies nonetheless that the access to the participants' personal world depends on the researcher's assumptions about the phenomenon under scrutiny (see Method section for the researcher's assumptions in the present study). According to qualitative research principles, the results should be thought as referring to the structure found in this particular sample and context only. Although specific to this study's context, the findings can pave the way to future quantitative studies aimed at generalizing the results.

METHOD

PARTICIPANTS

The interviews used in this study have been previously collected for a quantitative project that recruited a probabilistic and voluntary sample from three sites. All patients, requesting psychological treatment at the different sites, were invited to participate to the study. They were thus included on a voluntary basis only. They were given verbal and written information about the quantitative study before their first clinical appointment. They were then contacted by a research assistant for the research interviews if they had agreed to participate in the study and signed a consent form (for a more detailed description of the sampling procedure, see Lecours & Bouchard, 2011).

Site 1: Outpatient psychiatric clinic, Hôpital d'Argenteuil, Lachute, 1998-2001, N= 18

Site 2: Psychology university clinic, Université de Montréal, 2001-2006, N= 50

Site 3: Department of psychology, Université de Montréal, 2005-2007, N= 28

Exclusion criteria were: 1) hospitalization in a psychiatric unit, 2) age less than 18 years, 3) other spoken-language than French, and 4) presence of psychotic disturbance, intellectual deficiency or substance use prior to the research interviews. Participants were, in a first meeting, administered the *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axes I and II-SCID I and II* (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997; First, Spitzer, Gibbon, Williams et al., 1995). For this qualitative study, a non probabilistic sample was created by the selection of seven participants on the basis of the presence of a BPD diagnosis as assessed by a *SCID-II* interview (5-7 criteria found in those participants). The sample size and the sampling method fit the IPA standards (Smith, 1996). Recruitment was terminated when empirical saturation was achieved, that is when the material provided enough data to insure a rich and detailed description of the phenomenon and no new category was obtained with the inclusion of an additional participant. Two participants were outpatients from *site 1*, three were outpatients from *site 2* and two were non clinical participants (undergraduate students) from *site 3*. Participants were aged between 18 and 39 years, six were female and one was male. One was married and the six others were single. Three participants had a high school level of scholarship, one had a college level and three had a bachelor level. Consistent with literature suggesting a high prevalence of comorbidity among BPD patients (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford Reich,

& Silk, 2004), participants presented various comorbid disorders. The heterogeneity of comorbidity level (range = 0 to 7 comorbid axes I and II disorders) is consistent with the literature (Zanarini, Frankenburg, & Gunderson, 1989).

Axis I: Subclinical symptoms of *Major depressive disorder* during the past month (2 part.), anxiety: *social phobia* (1 part) and *subclinical symptoms of anxiety disorders, such as PTSD, specific phobia and panic disorder* (4 part.).

Axis II: *Avoidant* (1 part.), *passive-aggressive* (5 part.), *dependant* (1 part.), *depressive* (3 part.), *narcissistic* (1 part.), *paranoid* (2 part.) *personality disorder*.

MEASURE

EMOTION-FOCUSED RAP INTERVIEW

In a second meeting, a semi-structured interview was conducted to generate two relational emotional episodes for four basic emotions: sadness first then joy, anger and fear (only sadness episodes used in the present study). Lasting approximately 1h30, all interviews were performed by trained graduated students. The participants were all introduced to the interview with a standard initial instruction: “*I would like you to tell me stories about things that happened with someone close to you. I would like you to tell me precisely what happened, how the interaction began, how you felt, and how it ended. Tell me stories about interactions that have been meaningful to you, that come spontaneously to mind and that you remember well, if possible something that happened within the last few months. First, tell me about an interaction that made you feel sad.*” For each episode, the participants were then asked to elaborate on aspects of their experience by answering

to a set of pre-defined follow-up questions like: ‘*How did you feel?*’, ‘*How did you notice you were feeling sad?*’, ‘*To what extent did you allow yourself to experience this sadness?*’, ‘*What did this sadness mean for you?*’, and ‘*How did you express your sadness to the other person?*’. These questions were meant to help the participant articulate her/his experience of sadness, in all its components (bodily/cognitive/subjective), relational or not. The interviewers helped the participants recall memories about significant interactions with someone. The description of the episodes needed to focus on specific stories, and not on general ways of experiencing the emotion. To clarify the story, the interviewers were instructed to ask the participants to generate additional details. They also were given the task of exploring aspects of the narratives that needed unpacking, that were contradictory, that were rich in motivational contents, etc. So basically, the interviewers were instructed to explore until they had a clear representation of the story given, which made them more active than in usual research interviews.

PROCEDURES

All interviews were audio-recorded and transcribed in verbatim format with all confidential information changed. Transcriptions were verified once. All the verbatim material was used for principal analysis with *QDA-Miner* software. Interviews generated verbatim material for two sadness episodes for every participant (approx. 30 minutes for each participant; total = 14). Although the interview duration standards for this approach is usually around one hour (Smith, 1996), the material

was highly specific and focused and thus provided sufficient amount of data to insure a rich and detailed description of the participants' experience of sadness.

RESEARCHERS

In line with a constructivist philosophy, the researchers think that each phenomenon is a unique event that has to be read from its context. The qualitative approach offers an exploration of that unique event, which still represents a partial view of the whole phenomenon under scrutiny. It involves a more inductive approach to knowledge, according to which the research project remains flexible to the discoveries that arise with the material. Therefore, the researchers immersed themselves in the material without a pre-defined grid, as far as this can be achieved, in order to allow the narratives to speak for themselves.

As is usual for qualitative-constructivist studies, the background of the researchers has to be taken into account as part of the analytic process. Rachel Briand-Malenfant, a doctoral student in clinical psychology at the *Université de Montréal*, elaborated the project and conducted the primary and supplementary analyses. She developed her clinical experience in child therapy with a primarily psychoanalytic approach, while also incorporating intersubjective and systemic notions to her understanding of psychopathology. Serge Lecours, a professor at *Université de Montréal* with expertise in psychoanalytic theory and BPD pathology, met frequently with the primary researcher to guide the process of elaborating the method and developing the model. His main conceptual interests revolve around the regulation and mentalization of affect, their role in adult psychopathology, and their

implications for psychological treatment. Emilie Deschenaux, also a doctoral student in clinical psychology at the *Université de Montréal*, contributed to the coding process and to the development of the model. Her clinical experience includes child and adult individual psychotherapy, inspired mainly by psychoanalytic and intersubjective approaches. Her primary fields of interest are projective assessment and affect regulation.

At the beginning of the project, the researchers did not have a specific hypothesis regarding the nature of the sadness narratives they would find in the participants' responses, although they suspected that different forms of psychic suffering existed, ranging from elaborate forms of sadness described by emotion theories (Izard, 2000) to more archaic forms of psychic suffering. However, the specific ways by which this archaic form of psychic suffering would be expressed by the participants remained unknown to them.

DATA ANALYSIS

Transcripts were coded following the IPA principles (Smith, 1996). Coding was guided by an inductive and exploratory approach of theme extraction from an immersion in the data material, without a predefined method of coding. It involved the separation of the participants' utterances into meaningful segments that shared a common meaning¹⁸. As already stated, the coding involved a certain degree of

¹⁸ For example, in the segment 'I felt sad, angry and rejected', sadness, anger and rejection would have been separated and coded individually.

interpretation of the data by the researchers¹⁹. The coding process was performed jointly by two of the researchers (RBM & ED) who discussed the themes until they achieved consensus. This choice of coding strategy (as opposed to counter-scoring verification²⁰ for instance) reflects the constructivist assumption that the apprehension of every phenomenon is subjective. From that viewpoint, any aim at replication or validation of the results would instead reflect a positivist philosophy (for a more detailed discussion on that subject, see for example Broido & Manning, 2002). Coding was subjected to frequent credibility checks²¹. New information from all sources has been taken into account by the coding. It involved: 1) the verification of the specificity and relevance of the codes, and 2) the use of the research diary for

¹⁹ For example, the segment ‘‘I felt betrayed’’ would have been coded ‘betrayal’, and ‘‘I trusted him and he went talking behind my back’’ would also have been coded with that same theme.

²⁰ Independent codings that are compared afterwards.

²¹ Credibility refers to the assessment of the quality of the coding process in qualitative-constructivist research. It differs from the notions of reliability and validity in quantitative-positivist research. The goal is not to test if the results could be replicated (reliability), as the constructivist philosophy postulates that every phenomenon is a particular event intersubjectively constructed, which therefore cannot be reproduced. The goal is neither to test if the results are valid, as the constructivist philosophy postulates that knowledge is idiosyncratic, and therefore, cannot be judged by an external agent. Instead, the goal of credibility checks is to assess the credibility of the unique and idiosyncratic apprehended phenomenon by different means: by giving the reader access to the material and the coding process (transparency), by ensuring the quality and the quantity of the material (empirical saturation), by verifying the quality of the coding itself, and by making the subjectivity of the researcher as explicit as possible in order to look for its influence on the results (intersubjective coding and research diary).

the back-and-forth process of correction of the coding: from one transcript to another, from the literature to the data, and from the research diary to the data. The ‘final’ codes were given a specific definition and were recorded in a list along with the frequency of appearance of each code.²² When the entire material was coded and the grid was stabilized, the codes that were the most relevant (frequently used and present for each participant) were chosen and organized into clusters of categories (or themes) that shared a similar meaning. Then, random coded segments were verified to ensure that they corresponded with their previously established definitions. In addition, the themes were linked together in a conceptual model that outlines their organization. A research diary was kept throughout the whole process in order to record elements of the researcher’s subjective participation.

The categories that emerged from the analysis of the narratives are described below in the form of a hierarchy that includes general themes, at the most abstract level of content, followed by sub-themes, and by basic individual codes or categories. The model is illustrated by excerpts of the participants’ own words.

²² We did the frequency ‘counts’ afterwards, with the hope that it would clarify our thought process. We thought that counting the most prevalent codes would enhance transparency. We assumed that the more the participants talked about a theme, the more important the theme was in their phenomenological experience. However, no exclusion criterion was associated with the frequency, which means that even if a code only appeared rarely it would still have been included in the codes list.

RESULTS

The data derived from the interview transcripts consisted of five major themes that were found in all participants' narrated sadness anecdotes. These themes, reflecting how sadness is phenomenologically apprehended by the participants, are: 1) **aggression**, 2) **relationship broken off by the other**, 3) **undifferentiated negative affect**, 4) **self being defective**, and 5) **overwhelming experience**.

AGGRESSION

The participants often characterized their sad memories through the depiction of interpersonal transactions in which anger and aggression were present (either in self or others). Sub-themes (clusters of codes) found in this category are: **participant's fear of anger (from the self or the other)** (Frequency (F) = 62), **participant's expressed aggression towards the other** (F = 49), **participants' anger towards the other** (F = 36), **perceived aggression from the other** (F = 29), and **participant's anger towards her or himself** (F = 18). These results show that fear of anger and aggression is more frequently stated by the participants than actual anger or expression of aggression. They also show that anger and aggression are more frequently stated by the participants as directed towards the other as opposed to the self. Examples of individual codes found are: participant's self-destructive gesture and act of physical or verbal violence from the other.

When asked to elaborate on their 'sadness' in this experience of aggression, the participants generally expressed their fear or anger towards aggressive impulses from someone who threatened their psychological or physical integrity, as well as

their relationship. For instance, some participants recalled that someone close was very angry and even verbally and/or physically abusive towards them, another person or everyone²³:

‘Participant (P): It’s his nature (Note (N): to be verbally aggressive); he needs anger management because he’s always acting like that (...). In the car, he always screams at everybody (...). He has outbursts of rage like that every time he’s in the car. Last time, when he got hit, he would have killed the guy if I had not stopped him’’ (P7).

‘P: He bought me a gold necklace and he said: ‘look, I will rip it off your neck since you don’t believe me and you will get the shit out of here’’ (P3).

The participants often attributed these aggressive actions to the other’s malevolent and (or) selfish intentions. The individuals mentioned in the episodes were described by the participants as being very hostile, mean, bad and dangerous:

‘Interviewer (I): Your friends, why do you think they did that? (N: they were verbally aggressive and abusive towards her) P: Just for fun, from where I come from it’s like that, when they pick on someone, it lasts a long time (...) People do that to raise their self-esteem where I come from. If they decide to hit on you, you’re fried’’ (P3).

Results also show that the participants often experienced the other person as powerful and superior to them. Therefore, they believe that events eliciting their sadness were passively suffered, these interactions being felt as falling beyond their

²³ The experiences of abuse referred to events that were recent in the participants’ lives (less than 2 years).

responsibility or control. In fact, the ‘power’ was in the hands of the ‘aggressing other’, as this participant explained: ‘*P: When he left me in the park, I ran after him like ‘what are you doing?’ He liked it, he had the power’’ (P4)*. Along with the power, the responsibility of the event also fell out of their hands. A participant illustrated that her suffering was not ‘her fault’ in those words: ‘*P: I felt guilty and I felt that my friend sees me less as a good person now. I had the impression that she was bored from listening to me and that she thought I was not so... that she thought I was maybe... immoral or that she was judging me. I: That is what made you feel depressed, the feeling of guilt? P: No, the feeling that she was judging me ‘’ (P6)*. In that last excerpt, the interviewer seemed to misread the essential nature of the participant’s sadness while asking if the guilt was central to the experience. The participant insisted instead that her sadness was the other’s doing or ‘responsibility’.

This ‘suffered aggression’ provoked intense feelings of anger, rage and hate towards the other person. Some participants addressed the feelings they were experiencing in those words: ‘*I: Tell me how did you realize that you were sad? P: I felt rage inside. It hurt, I felt like... rejected, like if he did something to me, if he betrayed me (P3)’*. Or: ‘*I: How did you react to your parents’ separation? P: I hated them to death for having brought me into this world’’ (P2)*.

Some participants also explained how this aggression damaged them, produced a blow to their self-esteem or made them feel humiliated or insulted. A participant recounted: ‘*P: I don’t remember what my friends said exactly, something like: ‘you’re ugly, you’re nothing’, something like that. ‘You’re so ugly’ (...) And the person who said that was really ugly herself, but it doesn’t matter, it’s just the fact*

that they all said it, it insulted me (...) It really made me sad. I felt humiliated, ashamed'' (P3). The damage also took the form of a physical and psychological injury for some, such as explained by this participant: 'P: He wanted me to go in the basement and I didn't want to. He was shaking me around (...) and I had a fit, you need to have a fit to win I think (laughs). But I was shaking a lot because he was squeezing me (P1).''

A need to react emerged for every participant as the 'suffered aggression' occurred. They needed to 'do something', to fight back, or to take revenge as if they were engaged in a battle. For example, some tried or wanted to retaliate by insulting or rejecting the other right back:

'P: It really made me sad (N: that her ex-boyfriend betrayed her by leaving her and talking behind her back) so when my ex called back (...) I told him to eat shit and that I never wanted to see him again'' (P3).

'P: I would have beaten the shit out of him (N: because his boyfriend had been verbally and physically aggressive towards him) (P4).

'P: If he hadn't been driving, I would have loved to slap him behind the head (N: because the other had been verbally aggressive towards her)'' (P7).

The participants recalled some consequences of their aggressive reaction, namely the pain of 'loosing the battle' or capitulating, such as described by this participant: *'P: When I can't take over someone, it makes me really sad, I really don't like it'' (P1). Another consequence was the pain of losing the other in that 'battle', this person who is 'loved' as much as hated: 'P: The feeling of sadness, well the sadness of now being alone, the insecurity (...) I had the feeling that I ejected*

myself out of that relationship'' (P4). Sadness is, in the end, a complicated mixture: victims of the aggression, damaged and confronted to the consequences of their reaction, the participants were placed in a dead end.

RELATIONSHIP BROKEN OFF BY THE OTHER

Along with their aggressive nature, the sadness episodes recalled by the participants were associated with a separation initiated and/or provoked by the other person who, for example, rejected, abandoned or left the participant by her or himself.

Sub-themes found in this category are: **break up by the other** (F = 76), **'break' or pause in the relationship initiated by the other** (F = 32), and **participant's refusal of the break up** (F = 21). The results show that the participants stated more frequently the role of the other in the 'break' and/or break-up than their own refusal. Examples of individual codes found in this general category are: rejection, abandonment, betrayal, manipulation, invalidation and reprimand.

The other person was experienced as being mainly responsible for the total or partial break up of the relationship because of various actions (such as abandonment, rejection, betrayal, physical or verbal aggression). This person was, paradoxically, depicted as deeply loved and very close, someone from whom the participants felt they could not be separated. This participant elaborated on his paradoxical relationship to the other: *'' P: No one ever came close to him as a person. Even if he made me live hardcore and strange moments, he was a very special and passionate lover. I've never known that kind of relationship before or after, (...) that kind of*

intensity (...), even today, I find it hard to move on... the sadness is still there I guess'' (P4). In this narration, the relationship to that partner was complicated by mixed and contradictory feelings, occurring both before and during the sadness episodes.

The actions taken by the other person threatened, or even 'damaged', a part of the relationship, such as recounted by this participant: '*P: I told him that he made me sad (N: her boyfriend had been verbally aggressive towards her sooner that evening), that at this very moment, he ruined the whole evening (...). It broke all that we've ever had together, it destroyed it in two little minutes'' (P7).* These actions were experienced as doing damage to themselves as well as to the relationship: '*P: Every time we talk, there's a conflict and we hang up the phone, and it really hurts me, it hits me, it breaks my heart'' (P5) or: '' I: The feeling of not being loved like you said, what did it mean to you? P: hum ... (10 seconds pause) ... I don't know, like it crashed into me, it destroyed me'' (P2).*

UNDIFFERENTIATED NEGATIVE AFFECT

The results also show that the participants expressed undifferentiated and/or varied feelings of suffering in this interaction. Sub-themes found in this particular category are: **sadness behavior (such as screaming or crying)** (F = 45), **feeling of sadness** (F = 29), **depression** (F = 15), **sadness avoidance** (F = 15), **suffering** (F = 15), and **guilt** (F = 10). These results show that external manifestations of sadness are more often mentioned than are internal states of sadness. They also show the presence of other negative affects, as well as attempts to avoid sad feelings.

Examples of individual codes found in this general category are: screams or tears, psychological or physical suffering, death and 'freezing' sensation.

Faced with aggression and/or damage to the relationship, the participants felt a variety of different negative affects. 'Sadness' was then expressed by some as a mixed and undifferentiated painful experience. For instance, this intense pain was described by some participants as a bruise, and even as psychic death or 'inner demolition': '*P: It killed me what he did (N: her boyfriend betrayed her and had been verbally and physically abusive towards her)*' (P3), '*P: I was too destroyed (N: by the indifference of her mother towards her suicidal ideations)*' (P2), '*P: I had the feeling that everything was falling apart (N: after her father had been verbally aggressive towards her)*' (P6). This diffuse and complex affective state was also described by some participants as feelings of emptiness and loneliness, and as a deep impression that nothing existed anymore: '*I: What message was your sadness sending to yourself? P: It meant that I was nothing. Emptiness, like you said before, nothing, a uselessness of the world, a garbage, everything that is negative*' (P3).

SELF AS BEING DEFECTIVE

As stated above, the participants described themselves as victims who suffered passively and powerlessly the actions of the other person. Consequently, they often felt helpless and ashamed about those events upon which they had no control. Sub-themes found in this category are: **threatened self-esteem** (F= 31), **feeling of excessive dependency** (F = 21), **reactive contempt (inadequacy avoidance)** (F = 11) and **reactive pride (shame avoidance)** (F = 11). The results

show that the participants reported vulnerable feelings (of shame, inadequacy and excessive dependency) more commonly than their reactive counterparts. Examples of codes are: inadequacy, shame, helplessness and misery.

When describing their suffering, participants reported, directly or indirectly, intense feelings of powerlessness and shame. Indeed, some explicitly acknowledged that the actions of the other made them feel ashamed, while others described instead how they tried to prevent themselves from experiencing these feelings, that is, by expressing instead reactive contempt or pride:

“P: I couldn’t help it, I felt shy, I felt like a little girl when my husband said those mean things. What else could I have done?” (P1).

“P: I was desperate, it was (pause), it was the stress, I don’t know, the shame, it was the shame that made me cry” (P3).

“P: I think... no, I think that I’m, once again, I’m proud of myself for how I reacted. You know, I turned around and I was like: ‘Look, you wanna play that game, this time I won’t be fooled.’ And I climbed the stairs. I imagine that he probably turned around at one point and saw that I was not there anymore; I hope he did (laughs). I’m proud of me if that happened (N: His boyfriend had left him by himself in the subway)” (P4).

“P: I don’t want to be like these people. His mother is, she was a stripper, she has no class, see, and she is nothing... Not that she’s nothing but she hasn’t, she has nothing, she irks everybody. She stirs shit everywhere she is” (P3).

To explain the feeling of powerlessness, a participant recalled that it was impossible distance to herself from the relationship: *“P: I’m an adult, (...) I shouldn’t have told him about all my personal stories but I was in shock, in panic (...) I was not able to keep it to myself, I needed somebody”* (P6). Another explained that it was hard to protect herself as she felt dominated by the other person’s superiority: *“P: I should probably have reacted, said something, broke a fuse when this happened, you know, I piped down, but I thought that he might have reacted even worse. Considering the state he was in, because he is inside a bubble. When he gets into an enraged mood, the world around him ceases to exist”* (P7). These feelings of powerlessness were also experienced intensely in the body as fear or a bruise, like the participants explained: *“P: I kept shaking, I felt a strong pressure, a tickling sensation in the chest (...) and all my muscles trembled”* (P1), *“P: I tried, I tried, but no matter how hard, I couldn’t stop the anxiety. I was like... powerless”* (P5).

OVERWHELMING EXPERIENCE

Finally, results show that affects in these episodes were experienced as overwhelming, that is, as too much to bear for the participants’ internal resources. The only theme found in this category was: **overwhelming experience** (F = 33). Examples of codes are: lack of control, feeling of explosion, need for motor activity, and confusion.

The participants felt confused, as if no word could really describe their feeling of suffering, their unbearable pain. Some expressed an intense desire to get rid of this pain, like this participant explains: *“I: How did you express your sadness? P: By*

singing (laughs). By taking it and, and, and expressing it (...), by taking it outside of my body and throwing it in the outer space, somewhere, anywhere but inside of me'' (P4). Some also claimed that they used different means to take away the pain, namely acting aggressively towards the other: 'P: If I had had a gun at that moment, I could have killed someone (...) you know it's like, you have a bazooka here, and (...) it has to come out (laughs), it can't stay inside'' (P4). Some others recalled a suicidal attempt they made or that they had suicidal ideations: 'I: Up to what point did you let yourself experience your sadness? P: Suicide. I: You associate this (N: her mother's indifference to her suffering) with your suicidal attempt? P: Yes'' (P2).

DISCUSSION

The findings shed some light on BPD patients' specific mode of experiencing sadness in relationships. Firstly, 'sadness' in our BPD participants' discourse could be understood as **the painful and overwhelming affective state of being 'damaged' by the aggression and/or the breaking off of the relationship inflicted by the other person in the interpersonal exchange, accompanied by reactive aggressive impulses.** Knowing the "intolerance of being alone" of BPD patients (Gunderson & Links, 2008), we should have anticipated that rejection and/or abandonment issues would have been at the heart of the experience of loss and sadness in our participants. However, the complicated experience of suffering (or *dysphoria*) that we found does not appear to involve an explicit articulation of loss. This experience is qualitatively distinct from the emotion of *sadness* described by emotion theorists as the painful consequence of the awareness of a significant loss (Lazarus, 1994). The

representation of loss is manifestly absent from the subjective experience reported by our participants, suggesting that ‘sadness’ in our participants is **not really sadness** after all. More research is needed to clarify this issue.

As the reader might object that mourning was artificially removed from our analyses, due to the initial instruction requesting interpersonal instances of sadness for example, we performed a comparative analysis based on the transcripts of three non BPD participants taken from the same quantitative study (0-1 BPD criteria on SCID-II, age 23-53, one man and two women). They reveal a very different experience of sadness that is more in line with its more specific formulation (involving mourning and introspection). For example, instead of talking about aggression, some non-BPD participants explained that they needed to be assertive about their opinions and needs, as much as the other was. This participant, for instance, said: ‘*He came to apologize for having not been there for me when I was a kid. I told him I was not angry at him, that I didn’t hold a grudge, but that I needed to understand why, that’s all*’ (part. 8). They also elaborated on their representation of loss: ‘*A separation was possible, so I was afraid for the kids, afraid to lose them. It’s like ... loss, not to live with them anymore*’ (part.8), and on their feeling of hope instead of helplessness: ‘*I realized that we were able to discuss like that, I felt that my sister loved me deeply and that I loved her too. A satisfaction, it was good. This hard moment became in the end ... beneficial I think for both of us because it did free us*’ (part. 9). Finally, they expressed a feeling of controlling their emotions (sometimes too much) instead of feeling overwhelmed by them: ‘*When I talked with him, I tried to, you know, I’m someone who always tries to control himself, you know,*

so at this moment when I was talking, even if I was feeling things, I repressed them, you know” (part. 10). Thus, the absence of themes of loss and mourning from our sample doesn't appear to rest on an experimental artefact but, as we hope to have demonstrated, on the subjective experience characteristic of a BPD pathology.

What could this apparent lack of openness to loss and mourning mean? The results suggest that the experience of suffering (or dysphoria) found in our BPD participants' description of relational episodes is **not yet sadness**, being maybe its precursor such as a state of generalized distress or, in other words, **an unmentalized form of sadness**. Some manifestations of affect processing in our participants' sadness experience are in line with psychoanalytic formulations describing deficits in *mentalization*, namely: the intensity and the overwhelming nature of the affect, the tendency to get rid of inner tensions by acting-out and the difficulty to appropriate and elaborate sadness as an owned subjective event (Diguer, 2005; Lecours & Bouchard, 2011). 'Sadness' was described by our participants as an **overwhelming experience** of undifferentiated negative affects over which the participants felt they had no control. The intensity and the quality of this experience are so painful and unbearable that they overburden the ego and its ability to *mentalize* within the ego. Instead, it needs to be directed outwards namely by acting-out reactions, such as **aggressive** behaviour towards the self or towards others. Furthermore, 'sadness' in our results is often felt as having been caused by an external agent, **someone felt as an aggressor, or someone who 'broke off' the relationship with her/him**. The affect seems not to be 'owned' by the participants who often felt that they were powerless in the face of the experienced attack. This is consistent with the literature

that underlines the ‘interpersonal’ nature of dysphoria in BPD (Westen et al., 1992). The results could also indicate a lack of appropriation of the affect which is synonymous with a deficit in mentalization, as such an ownership arises at higher levels of mentalization (Lecours & Bouchard, 1997). ‘Sadness’ in our participants is also felt as **undifferentiated negative affects** that may constitute the undefined *dysphoria* described as a core feature of BPD, as opposed to *sadness* proper, which was only minimally represented in our sample. This diffuse suffering may lack the elaboration into *mentalized* representations that would differentiate it more precisely as ‘sadness’. This could mean that BPD patients are lacking an access to sadness, creating incapacity *to be sad*, due to a deficit in *mentalization* (Briand-Malenfant, et al., 2010). Because the capacity for *mentalization*²⁴ is generally found to be compromised in BPD (Bateman & Fonagy 2004), we think that the patterns we observed could be also found in the general BPD population.

Moreover, the results bring to light a specific way of ‘using’ the other to support the affective regulation, a process of *interpersonal affective regulation*. The results indicate that BPD participants needed the other person to support their own affective regulation: for example, by attributing the responsibility and the power over the events to the other person, by seeking protection, comfort and *containment*; and/or by reacting with a counter-attack, reactive pride or contempt. These ways of dealing with aversive affects could be understood as attempts to ‘place’ the affect in the *intersubjective field*, or in a *Bionian* sense (Bion, 1962), to use projective

²⁴ Conceptual distinctions between different models of *mentalization* are outside the scope of this article and are addressed elsewhere (Lecours & Bouchard, 1997 and 2011).

identification instead of regulating the affect within the ego and mentalizing it from the ‘inside’.

This leads us to think that clinical interventions aiming at helping BPD patients cope with their ‘sadness’ should not be interpretations directed at experience of loss because these interventions would address a psychic content that is not (yet) represented. Instead, interventions need to be attuned to the distinct quality of BPD patients’ dysphoria and with its interpersonal and aggressive coping solutions. The deficit in *mentalization* seems to be a core factor in the creation of BPD dysphoria, so we think that treatments should also focus on enhancing this capacity. This could be done by a progressive transformation of implicit relational process at play between the patient and the therapist (Bruschweiler-Stern et al., 2002) or by the development of the patients’ reflective function abilities (Bateman & Fonagy, 2004).

As is inevitable in *IPA* research, we think that our theoretical preconceptions have guided the way the results were interpreted. Although other researchers would probably not have found very different individual codes because of their surface-descriptive nature, they might have emphasized other, “non mentalization”, aspects of the experience in their interpretation of the basic thematic units. In fact, it is precisely this exercise of looking at a topic in depth, with a unique and rich perspective, that characterizes qualitative approaches to research. We thus acknowledge the selective and partial nature of our way of looking at the material. A stimulating next step would be to invite other researchers to enrich our understanding of the material with their own, unique and rich, line of interpretation. For instance, others could focus on DSM-IV-TR symptoms manifestations within the sadness

episodes (such as abandonment issues, impulsive and self-destructive gestures, instability in self-image and relationship). Others could also focus on defence mechanisms and psychic conflicts, namely the splitting of representations of self and others, and the pervasiveness of aggressive states such as rage in BPD pathology (Kernberg, 1986 and 1994). ‘Sadness’ in our participants’ discourse could also be described as reactions to the feeling of having been deeply hurt by the ‘bad’ object, and to the attacks that threatened the integrity of the self structure (Kohut, 1984). Propositions from different theoretical perspectives are thus possible and welcome.

Some of the limitations of the present study also need to be emphasized. As with all low N qualitative endeavours, findings cannot be readily generalized to other contexts: our results should be interpreted as emergent themes for future exploration. Although characteristics of the sample are consistent with general BPD population, the high proportion of passive-aggressive personality disorder (4/7 participants) could have overstated the importance of themes of interpersonal aggression in the results. It would thus be useful to replicate this study with participants that do not present this type of comorbidity. Finally, the interview used to generate the verbal material asked the participants to recall a relational episode (“tell me about an interaction that made you feel sad”). This instruction has most likely biased the narratives in favour of an ‘interpersonal’ form of ‘sadness’. Although we have attempted to show that the themes of loss and mourning were not excluded by this instruction, a replication of the study with a more open set of instructions would probably have highlighted other, more “individual”, facets of sadness and dysphoria (loneliness, emptiness, etc.).

REFERENCES

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodok, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders, *American Journal of Psychiatry, 158*, 295-302.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis, 43*, 306-310.
- Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K., & Manning, S. (2004). Emotion processing in Borderline Personality Disorders, *Issues in Mental Health Nursing, 25*, 655-672.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2010). La capacité d'être triste: Implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies, 30*(4), 191-201.
- Broido, E. M. & Manning, K. (2002). Philosophical foundations and current theoretical perspective in qualitative research. *Journal of College Student Development, 43*(4), 434-445.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D., & Tronick, E. Z. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis, 83*, 1051-1062.

- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique*, 70, 649-661.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2008). Distress and affective dysregulation in patients with Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 314-320.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1997). *SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and Axis II*. New York: Biometrics Research Department.
- Firs, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., et al. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Multi-site Test-retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- Grinker, R. R. (1968). The Borderline Syndrome. *Adolescent Psychiatry*, 6, 339-343.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G., & Philipps, K.A. (1991). A current view of the interface between Borderline Personality Disorder and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 967-975.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 27-35.

- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2008). *The loss of sadness*. New York: Oxford University Press.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. In A. E. Kazdin, (Ed.) *Encyclopedia of Psychology, Vol. 7* (pp. 137-138). New York: Oxford University Press.
- Kernberg, O. F. (1986). Borderline Personality Organization. In Stone, M. S., (Ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders, One hundred years at the border* (pp. 279-319). New York: New York University Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Aggression, trauma, and hatred in the treatment of Borderline patients. *The psychiatric clinics of North America, 17*(4), 701-714.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, R (1994). Universal antecedents of the emotion. In P., Ekman, & R. J. Davidson, (Eds), *Nature of emotion* (pp. 163-171). New York: Oxford University Press.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis, 78*, 855-873.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 26-41.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(3), 179-185.
- Searles, H. (1994). *My Work with Borderline Patients*. Northvale NJ: Jason Aronson (Ed).

- Smith, J. A. (1996). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage Publications.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with Borderline Personality Disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*, 372-379.
- Waska, R.T. (2002). Mutilation of the self and object: the destructive world of the paranoïd-schizoïd patient and the struggle for containment and integration. *Psychoanalytic Review*, *89*(3), 373-398.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in Borderline Personality Disorder and major depression: when depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, *6*(4), 382-393.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. C. (2007). The essential nature of Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 518–535.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being Borderline: Dysphoric states specific to Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *6*(4), 201-207.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. R. (2004). Axis I Comorbidity in patients with Borderline Personality Disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2108-2114.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of Borderline Inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144-150.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1989) Axis I Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30(2), 149-156.
- Zittel Conklin, C., Bradley, R., & D. Westen. (2006). Affect regulation in Borderline Personality Disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(2), 69-76.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

1. Réflexions sur la nature de la souffrance des patients ayant un TPL

1.1. Trouble de personnalité limite et structure limite

Le premier article a abordé de façon théorique la souffrance des patients de *structure limite*, alors que le second s'est centré sur celle de patients ayant un TPL. Cette première section de la discussion invite à la réflexion sur les liens pouvant être faits entre ces deux concepts (structure limite et TPL) en fonction des résultats de cette thèse.

Rappelons que la *structure limite* est un concept regroupant une plus grande étendue de situations cliniques que le TPL, qui réfère à la nosologie du DSM-IV-TR. Ceci veut dire que les patients TPL ont tous une structure limite de la personnalité, mais que certains patients de structure limite ne présenteront pas de TPL. La *structure limite* se caractérise, rappelons le, par une dynamique de personnalité organisée par le recours à des mécanismes de défense archaïques, la diffusion de l'identité, le maintien de l'épreuve de réalité hors des périodes de stress et l'investissement narcissique/anaclitique des relations d'objet interne (Diguer, 2005). Elle renvoie aux conceptualisations théoriques d'auteurs psychanalytiques comme Otto Kernberg (1986), alors que le concept de TPL du DSM-IV-TR se veut indépendant d'une position théorique précise, et plus focalisé sur les symptômes que sur la dynamique de personnalité. La structure limite comprend aussi d'autres troubles de personnalité, tels que les troubles antisociaux, narcissiques et dépendants.

Dans le premier article de cette thèse, l'expérience de la souffrance psychique a été illustrée par deux réactions prototypiques: la tristesse et la détresse. La détresse a été

comprise comme une expérience se vivant en lieu et place d'une tristesse plus adaptative chez certains patients de *structure limite*. Cet article a proposé que la capacité d'être triste des patients dépende de la possibilité de vivre la souffrance par la voie *intrapsychique*, plutôt que par (et dans) la sphère interpersonnelle. On peut certainement penser que cette conceptualisation théorique s'applique aux personnes souffrant d'un TPL, parce qu'on note justement chez celles-ci un mode de régulation émotionnelle où les expériences affectives aversives sont exprimées « à l'extérieur » du psychisme, souvent dans la sphère interpersonnelle. Ce mode de régulation affective implique une tendance à l'expulsion des expériences de souffrance, et peut être compris comme étant lié aux carences de mentalisation des affects de cette population (Bateman & Fonagy, 2004). En suivant la distinction proposée dans le premier article de cette thèse, on peut penser que la souffrance des patients ayant un TPL se manifeste davantage comme de la détresse que comme de la tristesse. Les émotions négatives sont d'ailleurs souvent difficiles à mettre en mot pour ces patients, et sont fréquemment suivies par des passages à l'acte plutôt que par des prises de conscience (p.ex., Brown, et al., 2007; Holm & Severinsson, 2010; Kemperman, Russ, & Shearin, 1997; Paris, 2005; Stiglmayr, et al., 2005).

Dans le second article de cette thèse, le sens phénoménologique attribué à la tristesse par des participants souffrant d'un TPL a été caractérisé par l'impression d'être endommagé par une agression infligée par un proche. On note, au cœur de cette expérience phénoménologique, la présence d'une autre personne: il s'agit en effet d'une forme de souffrance *interpersonnalisée* plutôt qu'*intrapsychique*. Comme le mentionnent la plupart des études cherchant à qualifier la nature de la dépression des

personnes ayant un TPL (p.ex., Gunderson & Phillips, 1991; Gunderson et al., 2004; Levy, et al., 2007 ; Westen, et al., 1992), la souffrance décrite par les participants de cette thèse est vécue comme prenant sa source dans la relation interpersonnelle plutôt que dans le psychisme, comme ce serait plutôt le cas lorsqu'on parle d'une tristesse plus *intrapsychique*, endogène et introspective (Izard, 2000). On décrira d'ailleurs cliniquement certains patients limites comme angoissés de l'absence de l'autre, incapables d'en tolérer la perte et en recherche constante d'une autre personne pour compléter leurs ressources psychiques lacunaires.

Les résultats de l'étude qualitative de cette thèse suivent la description clinique du trouble²⁵, mais y ajoutent l'idée que c'est la représentation de soi comme étant endommagée par l'expérience subjective d'une agression de la part d'une personne aimée qui est au cœur de l'expérience phénoménologique de « tristesse ». Les résultats indiquent aussi qu'il s'agit d'une expérience émotionnelle peu mentalisée et qu'elle ne s'articule pas selon la description habituellement associée à la tristesse. On peut penser que nos participants ne font pas qu'éviter de vivre la tristesse, mais qu'ils ne détiennent pas les compétences psychiques nécessaires pour la vivre (c.à.d., régulation affective *intrapsychique*, qualité des processus de mentalisation, capacité de deuil, introspection). Leur « tristesse » a été racontée comme étant une forme de souffrance activée par des enjeux relationnels d'une part, mais régulée à travers l'interaction avec le proche d'autre part, propos sur lequel nous reviendrons dans une prochaine section de cette discussion.

²⁵ Désordres émotionnels et interpersonnels, sensibilité extrême à l'abandon (Bland et al., 2004).

1.2. L'autre personne, vitale et impossible à perdre

Comme ce fut révélé par le second article de cette thèse, une certaine représentation de la perte ne semble pas accessible aux participants lorsqu'ils sont amenés à élaborer sur leur expérience, alors que la perte relationnelle devrait pourtant être au cœur de l'expérience de tristesse (p.ex. Lazarus, 1994). Considérant l'accent porté dans la documentation scientifique sur la sensibilité à l'abandon et l'intolérance à la solitude des patients souffrant d'un TPL (Gunderson & Links, 2008), il est d'autant plus surprenant de constater l'absence de la thématique de perte dans leur discours. Ceci soulève une question: si la souffrance de ces patients est intimement liée aux enjeux de perte de l'autre, pourquoi les participants de l'étude qualitative de cette thèse n'en parlent-ils pas?

Une première hypothèse pour répondre à cette question réside dans l'idée que la prise de conscience d'une perte potentielle puisse être presque intolérable pour ces participants, et donc qu'elle ne peut être ni représentée, ni représentable (de prime abord). Les participants énoncent combien leur proche est quelqu'un de qui ils ne peuvent être séparés, quitte à demeurer en relation malgré l'agression subjectivement subie. Il semble que l'autre personne dans ces récits est investie d'une fonction essentielle à la survie psychique des participants. « Mieux vaut être agressés et souffrants que seuls », pourraient-ils se dire si une telle représentation de leurs processus psychiques leur était possible. Pour expliquer davantage cette idée d'intolérance à la prise de conscience de la perte, le premier article de cette thèse avait abordé l'influence de la qualité du processus de séparation-individuation pour montrer que certains patients de structure limite éprouvent de la difficulté à élaborer

les pertes significatives. Puisque l'autre personne est investie comme un objet de support narcissique qui n'est pas totalement distinct de soi, ces personnes se retrouvent devant l'incapacité à se représenter la personne disparue comme un objet interne « perdable ». La perte, si elle pouvait être représentée, équivaldrait en fait à perdre une partie de soi-même. On peut penser que cette intolérance à élaborer la perte de l'autre s'applique particulièrement aux personnes souffrant d'un TPL étant donné la défaillance reconnue chez celles-ci en ce qui a trait au processus de séparation-individuation et la difficulté à tolérer l'absence de l'autre (Kernberg, 1976; Masterson, 1973; Masterson & Rinsley, 1975). Ainsi, l'idée de la perte de l'autre personne ne peut être verbalisée par nos participants, parce qu'elle est si dure à tolérer qu'elle ne peut être élaborée psychiquement: elle ne peut être mentalisée avant d'être, en premier lieu, représentée.

Comme l'élaboration de la perte implique également la capacité de deuil issue de la position dépressive (Kernberg, 1986), une seconde hypothèse est de penser que les participants ne verbalisent pas de perte parce que ce contenu ne serait abordable que dans une réalité subjective vue sous l'angle de la position dépressive. Les contenus thématiques du discours des participants de l'étude qualitative de cette thèse témoignent en effet d'un fonctionnement psychique plus archaïque (schizo-paranoïde) que ceux révélant un accès à la position dépressive kleinienne. Des éléments schizo-paranoïdes, mutuellement exclusifs de ceux de la position dépressive, se manifestent dans le discours des participants, entre autres par la prépondérance de la thématique d'agression, la rage, les mécanismes défensifs de clivage de la représentation de l'autre (agresseur/protecteur) et la projection des

contenus fantasmatiques agressifs dans le monde extérieur. Comme ce fut abordé dans le premier article de cette thèse, il est probablement davantage question, lorsque ces participants sont confrontés à une séparation, d'une expérience de lutte plutôt que de l'élaboration d'une perte. Avec toute l'intensité de la douleur de ces expériences pour les patients souffrant d'un TPL, on comprend la nécessité pour eux de mobiliser une importante quantité d'énergie psychique pour éviter d'être trop en contact avec cette souffrance.

Chez les personnes accédant à la position dépressive, la souffrance prendrait probablement une différente teneur de celle qui a été décrite dans cette thèse. Elle rejoindrait peut-être l'expérience phénoménologique des participants non TPL ayant aussi été amenés à parler d'une expérience de tristesse, et qui ont plutôt verbalisé des thèmes d'affirmation de soi, de perte, d'espoir et de contrôle sur les émotions (voir le deuxième article). Chez ceux accédant à la position dépressive, la douleur dans un contexte de perte relationnelle peut alors provenir du, et être intimement liée au, travail de deuil. Ainsi, la souffrance *schizo-paranoïde* et la souffrance *dépressive* (au sens de position dépressive) impliquent toutes deux des états douloureux, mais ne sont pas sous-tendues par la même économie psychique. Dans le premier cas, on pourrait parler d'une réaction s'apparentant à celle décrite par Bowlby (1973) concernant la protestation pour éviter la séparation, ou du moins pour y survivre. Dans un deuxième cas (ou dans un deuxième temps), ce pourrait être au travail de perlaboration nécessitant une quantité d'énergie psychique énorme que s'adresse la douleur psychique, tel que Freud l'avait avancé dans sa compréhension du deuil (Freud, 1917). La douleur de ce travail psychique est due au processus de

désengagement de la libido orientée vers l'objet internalisé, auquel le sujet doit maintenant renoncer pour en investir d'autres. La capacité d'être triste impliquerait ce travail de deuil, et probablement conjointement la capacité à *renoncer* à l'autre personne dans sa nature d'objet internalisé. Selon la théorie kleinienne (1940), la capacité d'accéder à ces processus psychiques (deuil et renoncement), et donc d'être triste, est intimement liée à la façon d'expérimenter les premiers deuils objectaux, ceux-ci agissant comme prototypes pour les réactions de tristesse subséquentes. Il y a en effet dans la position dépressive deux deuils objectaux principaux: le deuil de la symbiose d'avec la mère et le deuil de l'omnipotence narcissique. L'enfant doit renoncer, on pourrait le résumer ainsi, à être tout pour sa mère et rien sans elle pour devenir « lui-même », c'est-à-dire un individu différencié. Cet individu pourrait alors, peut-être, mieux tolérer les pertes à l'âge adulte.

1.3. Carences en mentalisation et souffrance interpersonnelle

Les résultats de l'étude qualitative de cette thèse mettent également en lumière chez les participants un mode spécifique d'expérience de la relation avec le proche décrite en termes de régulation affective interpersonnelle. Ainsi, une troisième hypothèse qui pourrait aider à comprendre l'absence de verbalisation entourant la thématique de perte serait de penser que l'« interpersonnalisation » de la souffrance sert, entre autres, à recruter l'autre personne pour demeurer en lien plutôt que d'élaborer une douloureuse séparation.

En effet, les participants ne parlent pas de la possibilité de perdre l'autre, mais manifestent pourtant comment ils ne peuvent demeurer seuls pour vivre leur expérience émotionnelle. Ils décrivent leur « tristesse » comme étant la conséquence

d'une agression ayant menacé leur intégrité physique et psychique, ainsi que la relation entretenue avec le proche. Dans la façon dont les épisodes sont racontés, le proche peut être vu comme étant recruté dans sa fonction de moi auxiliaire pour servir de réceptacle ou de contenant pour y « déposer » l'expérience émotionnelle aversive. Un rôle « d'espace psychique externe » semble en effet attribué au proche dans les récits des participants, alors qu'il est notamment vu comme porteur de la responsabilité et du pouvoir sur la situation, comme un agresseur potentiel dont il faut se défendre et comme une personne aimée de qui il faut éviter d'être malgré tout séparé. L'émotion de tristesse que décrivent les participants est stimulée par l'échange interpersonnel, mais elle est aussi régulée à travers la matrice intersubjective plutôt qu'à l'intérieur du psychisme. Dans ce processus, l'autre personne demeure partie prenante de l'expérience, quitte à tenir le rôle d'un agresseur. Par le fait même, elle demeure en lien avec le participant au cœur d'enjeux interpersonnels compliqués et bien réels. On pourrait alors dire que ces participants souffrant d'un TPL agissent de façon à ne pas se retrouver *seuls*, au sens large, lorsqu'ils vivent et élaborent leur expérience de souffrance.

2. Implications cliniques

2.1. Capacité d'être triste et interventions psychothérapeutiques

Il semble que si les participants de l'étude qualitative de cette thèse ne parlent pas de perte relationnelle, ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas affectés par la possible absence de l'autre personne, bien au contraire. C'est justement parce qu'ils ne

peuvent vivre sans leur proche qu'ils ne peuvent pas se représenter facilement la perte de cet autre essentiel, non perdable.

Dans ce contexte, il est impératif d'adapter les interventions thérapeutiques à la forme de « tristesse » que les patients souffrant d'un TPL peuvent vivre, en tenant compte des précisions apportées par les résultats de cette thèse concernant le sens phénoménologique que peut prendre cette expérience. La pertinence de poursuivre l'exploration de cette réalité subjective par le biais des méthodes qualitatives fait nul doute. D'ailleurs, plusieurs « voies » étiologiques peuvent mener conjointement au TPL (tempérament, fonctionnement de l'appareil psychique, dynamique de personnalité, traumatisme). Certains aspects ont été ciblés de façon plus précise dans cette thèse (mentalisation et relation objectale), mais la question demeure ouverte concernant d'autres angles étiologiques et thérapeutiques. Il serait également pertinent de chercher à confirmer les hypothèses soulevées dans cette thèse avec un devis de recherche quantitatif.

À la lumière des résultats, il semble qu'au-delà d'un manque de tolérance à l'émotion de tristesse ou d'une tendance à l'éviter, les patients souffrant d'un TPL pourraient en fait être pratiquement « incapables d'être tristes » (ou du moins éprouver beaucoup de difficulté à l'être). D'une part, ils ne détiennent pas encore la robustesse de l'appareil psychique nécessaire à la régulation adéquate de cette expérience, et d'autre part, la nature même de celle-ci prend une saveur et une intensité traumatique trop importante pour être gérée via une tristesse adaptative. Ainsi, le travail thérapeutique ne devrait pas viser à amener ces patients à être exposés graduellement à l'émotion de tristesse avant d'avoir bâti chez eux la capacité de vivre et tolérer cette

expérience adéquatement. Le travail thérapeutique ne devrait pas non plus, de prime abord, viser l'interprétation des contenus psychiques sous-jacents à la souffrance ni l'élaboration d'un deuil, parce que ces patients ne peuvent « utiliser » ces interventions pour vivre une tristesse adaptative. Au contraire, l'accent sur de tels contenus psychiques archaïques ou l'exposition prématurée à un stimulus provoquant de la tristesse pourraient raviver davantage des éléments traumatiques du passé, sans pour autant apporter de possibilités de mieux les *perlaborer*.

Il semble plutôt que d'assurer une présence *contenante* puisse aider ces patients à réguler leur détresse, et les soutenir dans le développement des assises de leur identité. Ce travail implique une orientation thérapeutique distincte du modèle psychanalytique classique s'adressant plutôt aux patients névrotiques. Chez les névrotiques, l'interprétation des conflits psychiques entourant l'expression de la tristesse (évitement de la position de vulnérabilité, culpabilité, impression de devoir se montrer fort, etc.) peut certainement s'avérer bénéfique puisque la capacité d'être triste est une ressource psychologique intimement liée au travail adaptatif de deuil et d'acceptation (Izard, 2000). Chez de tels patients névrotiques, l'expérience de la tristesse est souvent nécessaire à l'évolution psychique, surtout si ceux-ci sont en proie à des deuils compliqués ou des manifestations de régulation inefficace de la dysphorie.

L'orientation du traitement pour les patients souffrant d'un TPL devrait plutôt viser l'intégration progressive de la capacité de régulation affective intrapsychique et, ultimement, de la *capacité d'être triste* par le biais de la relation thérapeutique (Bruschweiler-Stern et al., 2002). L'intégration d'une certaine capacité de régulation

affective peut être atteinte tant par l'utilisation d'approches centrées sur les capacités de mentalisation (p.ex. Bateman & Fonagy, 2004) que sur d'autres visant plutôt à réduire les tendances d'actions inefficaces reliées aux difficultés de régulation émotionnelle (p.ex. Robbins, 2002). Dans chacun des cas, le thérapeute se doit d'aider le patient à contenir son expérience de détresse (Casement, 1985) en lui fournissant un cadre stable et prévisible, en « survivant » à ses attaques potentielles (Winnicott, 1971), et en traversant avec lui la tourmente de ses états affectifs. À la longue, les interventions viseront à induire chez le patient une représentation des pertes et de la détresse comme tolérable, à soutenir le moi dans le développement de la personnalité et à nuancer les relations d'objets archaïques. Par le biais de l'acquisition progressive d'une capacité à contenir davantage ses états de détresse, le patient pourra ultimement et idéalement mettre en mots ses expériences émotionnelles extrêmement douloureuses issues du passé. Il pourra peut-être accueillir la position dépressive avec l'aide du thérapeute, et ainsi, développer une certaine capacité de deuil.

2.2. Souffrance et dépression

Si une distinction entre la souffrance psychique du TPL et la tristesse adaptative décrite par les théories des émotions peut être faite, une nouvelle question se pose maintenant: cette souffrance (ou détresse) se distingue-t-elle aussi de la dépression?

Cette question suit le souci de certains auteurs de distinguer une tristesse « normale » ou adaptative d'une forme de dysphorie liée à la dépression (Horwitz & Wakefield,

2008). Selon ces auteurs, une telle distinction se baserait tout d'abord sur la présence d'une difficulté du fonctionnement dans le cas de la dépression, mais pas dans le cas de la souffrance « normale », ainsi que sur l'absence d'événement externe ayant provoqué l'état (souffrance réactive vs dépression endogène). Pour ces auteurs, la dépression est un état de « tristesse » auquel s'ajoutent des symptômes de nature et intensité variées²⁶, causant un bris dans le fonctionnement quotidien, et dont la réaction est disproportionnée en fonction des événements. Elle s'accompagne souvent de culpabilité, de désespoir et d'impuissance. La tristesse serait plutôt une émotion d'une intensité proportionnelle à la situation en cause accompagnée de perceptions justes de la réalité.

Plusieurs études ont cherché à distinguer ou rapprocher la souffrance du TPL de celle d'un trouble de l'humeur (dépression, dysthymie et trouble bipolaire) (Gunderson & Phillips, 1991; Henry, Mitropoulou, New, Koenisberg, Silverman, & Siever, 2001; Klein & Schwartz, 2002; Levy, et al., 2007; Westen et al., 1992; Wixom, Ludolph, & Westen, 1993) . Différentes hypothèses ont été soulevées concernant le lien pouvant unir ou non ces troubles souvent comorbides (Gunderson & Phillips, 1991): 1) le TPL serait une condition prédisposant au trouble de l'humeur, 2) le trouble de l'humeur serait une psychopathologie prédisposant au TPL, 3) les deux troubles ne seraient pas liés et 4) les deux troubles auraient un facteur étiologique commun. Les

²⁶ Les symptômes dépressifs s'ajoutant à la présence de tristesse sont par exemple un ralentissement psychomoteur, la perte d'énergie et de motivation, la difficulté de concentration ainsi que la perte de plaisir, et parfois même la perte de contact avec les émotions (Horwitz & Wakefield, 2008; Megna & Simionescu, 2006).

principaux résultats qui ressortent des écrits vont dans le même sens que l'hypothèse 4. L'infirmité de l'hypothèse d'un lien causal entre le TPL et les troubles de l'humeur (hypothèses 1 ou 2) s'appuie d'abord sur le fait que bien qu'une comorbidité soit présente, celle-ci n'est pas plus importante que pour les autres troubles de personnalité (Gunderson & Phillipps, 1991). De plus, les études ne font pas ressortir clairement de marqueurs biologiques communs (Gunderson & Phillipps, 1991), et une étude longitudinale indique que l'un ou l'autre des deux troubles (TPL ou trouble de l'humeur) peut se résorber avant l'autre (Gunderson et al., 2004). Les résultats laissent penser que le TPL et la dépression sont deux psychopathologies distinctes, mais avec un facteur étiologique commun (Klein & Schwartz, 2002). Un tempérament caractérisé par un fort niveau de névrotisme²⁷ ou de l'instabilité émotionnelle²⁸ serait à envisager (Gunderson et al., 2004; Henry et al., 2001; Klein & Schwartz, 2002).

Dans le cas où les deux psychopathologies sont présentes, la nature de la dépression limite est différente de la dépression endogène. Il s'agit d'une dépression ayant une réponse distincte aux médicaments (Gunderson & Phillipps, 1991), et associée à une expérience phénoménologique axée sur la sphère interpersonnelle (Levy et al., 2007; Westen et al., 1992). De plus, la dépression limite est une pathologie à la voie étiologique généralement plus développementale que biologique (Gunderson & Phillipps, 1991; Westen et al., 1992) et à l'expression symptomatique axée sur l'impulsivité et l'agressivité, ainsi que sur une forme particulière d'instabilité

²⁷ Lien entre TPL et dysthymie

²⁸ Lien entre TPL et trouble bipolaire II

affective (Henry et al., 2001). Ces études laissent donc penser que la dépression limite n'est pas la dépression endogène.

Peu d'études ont distingué la nature de la souffrance du patient présentant seulement un TPL de celle du patient présentant un TPL et une dépression. Une telle démarche vise à distinguer la souffrance de la dépression dans la lignée de pensée d'Horwitz et Wakefield (2008). Dans le cadre de cette thèse, l'exploration phénoménologique s'est centrée sur l'expérience de souffrance de patients présentant peu ou pas de symptômes dépressifs, dans l'optique justement de comprendre comment cette souffrance s'exprime en dehors et au-delà du concept de dépression. Sur la base des résultats, il est possible de tenter de distinguer la détresse du TPL de la dépression en fonction de l'étiologie principale (endogène vs réactive)²⁹ ainsi que de la nature de l'état affectif³⁰.

D'abord, une composante d'impuissance honteuse semble intervenir dans l'expérience de détresse que les participants de cette thèse décrivent. Ils parlent en effet des épisodes de tristesse comme de moments où ils se sont sentis défectueux et incapables de se défendre contre l'attaque. Cet état de détresse semble également représenter pour eux une souffrance aiguë difficilement tolérable, alors que la douleur de la dépression anaclitique semble tout de même plus atténuée, mais de plus

²⁹ L'étiologie du TPL est plus développementale, interpersonnelle et/ou réactive, alors que celle de la dépression est plus psychobiologique/endogène (c.à.d. causée par des processus internes sans déclencheur externe) (Westen et al., 1992).

³⁰ L'affect dépressif est souvent caractérisé par de l'anhédonie ainsi que par de la culpabilité, de l'impuissance et du désespoir, alors que la détresse a plutôt été décrite comme étant associée au traumatisme.

longue durée. Les participants décrivent aussi comment leur état de détresse implique un sentiment de débordement, un besoin d'expulser l'expérience, alors que la dépression serait plutôt marquée d'une lourdeur, d'un désespoir, et d'une fatigue.

Les résultats laissent aussi penser que l'étiologie de la détresse serait réactive, ce qui la distinguerait de la dépression endogène, mais pas nécessairement, a priori, de la dépression anaclitique. Les résultats mettent toutefois en lumière la prépondérance de contenus agressifs interpersonnels dans l'expérience phénoménologique, alors que les études sur la dépression limite parlent plutôt d'enjeux relationnels s'articulant autour de l'abandon (p.ex. Gunderson & Phillips, 1991; Gunderson et al., 2004; Levy, et al., 2007 ; Westen et al., 1992). Ces deux formes de souffrance (détresse et dépression anaclitique) sont associées à l'action (ou l'inaction) de quelqu'un d'autre. Or, dans le cas de la détresse, il semble qu'un sentiment d'atteinte physique et psychologique suite à une attaque illustre l'expérience alors que la dépression anaclitique serait plutôt liée à la solitude, l'abandon et le vide. Dans le cas de la détresse décrite par nos participants, l'autre personne est représentée comme un objet 'non perdu', mais dangereux, supérieur et malveillant, plutôt que 'perdu' comme ce peut être le cas dans la dépression anaclitique.

La représentation de l'autre ainsi que la représentation de soi comme d'une victime blessée par l'attaque dans l'expérience de détresse n'est pas sans rappeler le discours de victimes d'agressions ou de mauvais traitements psychologiques. D'ailleurs, la première étude de cette thèse amenait à réfléchir sur la contribution des expériences traumatiques du passé dans la façon de se représenter les expériences de détresse à l'âge adulte. Il est possible que les expériences de détresse décrites par les

participants de cette thèse soient teintées de marques traumatiques du passé. Si tel était le cas, l'expérience de détresse des participants pourrait être liée à la réactivation d'éléments traumatiques de nature agressive plutôt qu'au sentiment de vide et de solitude plutôt décrit dans la dépression anaclitique.

Ces hypothèses doivent être vues comme des pistes de réflexion soutenant l'idée de la précision de la nature de la souffrance du TPL. Il faut raffiner les distinctions entre une certaine souffrance « non dépressive » pouvant être parfois présente dans la pathologie limite et une symptomatologie dépressive de nature plus psychobiologique. Pour certains auteurs, la dépression doit être médicamentée, mais pas la tristesse (ou détresse?) (Horwitz & Wakefield, 2008). Dans certains cas, il se peut d'ailleurs que de prescrire une médication ne soit pas l'avenue la plus bénéfique au traitement (lorsque les enjeux développementaux sont à l'avant-plan). André Renaud affirme à ce sujet que: « la prescription trop rapide d'antidépresseurs ou le recours à la consolation, à la distraction ne sont peut-être pas indiqués. Un déplacement compensatoire est facilité et empêche éventuellement l'élaboration d'un réel travail de deuil » (p. 107). Les personnes diagnostiquées comme dépressives en plus du TPL répondraient d'ailleurs moins bien aux antidépresseurs que celles qui sont uniquement diagnostiquées comme dépressives, et leur réponse à ceux-ci serait similaire à celle associée aux antipsychotiques (Westen et al., 1992)³¹. D'autres travaux de recherche devront être faits pour clarifier ces questions.

³¹ Par ailleurs, une part constitutionnelle demeure indéniable dans la pathologie limite, et il est probable qu'une médication puisse être bénéfique pour certains patients concernant des aspects étiologiques de nature psychobiologique.

CONCLUSION

Le trouble de personnalité limite est de mieux en mieux compris par le milieu scientifique, mais la rencontre avec ces patients dans la réalité de la pratique clinique continue de soulever chez plusieurs intervenants l'impression d'être « happé » par une souffrance intense et inquiétante qui soulève des sentiments de désarroi, d'impuissance et parfois même de colère. Cette souffrance ne correspond pas à la tristesse vécue par d'autres patients (ou par les intervenants eux-mêmes), mais plutôt à un sentiment d'être attaqué et blessé dans son intégrité. C'est une émotion presque insupportable que les patients ont de la difficulté à vivre. Cette difficulté à vivre l'expérience de souffrance a à son tour un impact direct sur l'intensification des symptômes, des comportements autodestructeurs et des problèmes relationnels. Il est donc important de chercher à comprendre comment les personnes ayant un TPL vivent la souffrance, et pourquoi la tristesse leur « échappe ».

Suivant la méthodologie de l'analyse phénoménologique interprétative (Smith, 1996), cette thèse s'est intéressée à ce que la tristesse voulait dire pour des personnes souffrant d'un TPL. Deux études ont été présentées sous forme d'articles, la première visant l'élaboration du concept de *capacité d'être triste* des patients de structure limite et la réflexion au sujet des implications cliniques; et la deuxième explorant par l'analyse thématique du discours la phénoménologie de l'expérience de tristesse de participants ayant un TPL. Les résultats ont montré que leur souffrance ne correspond pas à la tristesse telle que comprise par les théories évolutionnistes des émotions en rapport au deuil, mais plutôt à une forme de détresse chargée d'agressivité vécue dans la sphère interpersonnelle. Cette souffrance peu mentalisée a été décrite selon

cinq thèmes: 1) agression, 2) relation brisée par l'autre, 3) soi vu comme défectueux, 4) affect négatif indifférencié et 5) débordement. L'absence de la thématique de perte dans le discours des participants était notable.

Les résultats ont soulevé l'idée que la *capacité d'être triste* n'est pas présente chez les patients souffrant d'un TPL, cette ressource psychologique impliquant de pouvoir vivre les émotions négatives de façon intrapsychique plutôt que dans la sphère interpersonnelle, et de pouvoir élaborer les pertes plutôt que de lutter contre celles-ci. Les résultats ont également amené les auteurs à proposer que l'orientation thérapeutique ne doive pas viser l'interprétation de conflits psychiques entourant la tristesse et le deuil, parce que de telles interventions n'exploreraient pas à la véritable nature de l'expérience de souffrance et qu'elles risqueraient de déstabiliser encore davantage les patients. Plutôt, l'orientation thérapeutique devrait viser le développement de la *capacité d'être triste* par le biais de l'amélioration de la régulation émotionnelle et de la mentalisation.

Les conclusions de ces études ont été présentées comme de nouvelles hypothèses visant à être ultimement confirmées par la recherche quantitative. Par ailleurs, cette thèse a abordé la question de la souffrance du TPL avec l'idée d'observer le type de fonctionnement mental et d'organisation de la personnalité des participants. Des recherches subséquentes pourraient apporter une contribution stimulante en abordant d'autres angles étiologiques, comme celui du tempérament ou du traumatisme. D'autres recherches pourraient aussi aider à clarifier la distinction entre la détresse et l'expérience de dépression des patients souffrant d'un TPL.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Abe, J. A., & Izard, C. E. (1999). The developmental functions of emotions: an analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion, 13*(5), 523-549.
- Aldrich, N. J., & Tenenbaum, H. R. (2006). Sadness, anger, and frustration: Gendered patterns in early adolescents' and their parents emotion talk. *Sex Roles, 55*, 775-785.
- American Psychiatric Association (1994). *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française par J.- D. Guelfi et al., (1996). Paris: Masson.
- André, J., & Chabert, C. (1999). *États de détresse*. Paris: Presse Universitaires de France.
- Barbalet, J. (2005). Weeping and transformation of the self. *Journal of the Theory of Social Behavior, 35*, 125-141.
- Barr-Zisowitz, C. (2000). "Sadness"— Is there such a thing? Dans M. Lewis, & J.M. Haviland-Jones (Eds), *Handbook of Emotions: 2nd ed.* (pp. 607-622). New York: The Guilford Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodok, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M., T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 295-302.

- Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états-limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Paris: Éditions Payot.
- Bergeret, J. (1992). Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 36, 5-23.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bion, W.R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 28(1), 75-84.
- Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K., & Manning, S. (2004). Emotion processing in Borderline Personality Disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 655-672.
- Blatt, S. J., D’Affitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of Depression in Normal Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (4), 383-389.
- Bornstein, R. F, Becker-Matero, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonnal dependency in Borderline Personality Disorder: clinical context and empirical evidence, *Journal of Personality Disorders*, 24 (1), 109–127.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss (Volume 2): Separation*. Londres: Hogarth.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2010). La capacité d’être triste: Implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.

- Broido, E. M. & Manning, K. (2002). Philosophical foundations and current theoretical perspective in qualitative research. *Journal of College Student Development, 43*(4), 434-445.
- Brown, S. A., Williams, K., & Collins, A. (2007). Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of clinical psychology, 63*(9), 791-800.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D., & Tronick, E. Z. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis, 83*, 1051-1062.
- Casement, P. (1985). *À l'écoute du patient*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J., & Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris: Dunod.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic Method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Archives of General Psychiatry, 44*, 573-588.
- Cotti, P., Leydenbach, T., & Vichyn, B. (2003). Quelle traduction pour la Traumdeutung? Débat entre Patricia Cotti, Théo Leydenbach et Bertrand Vichyn. *Champ Psychosomatique, 3*(31), 25-45.
- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique, 70*, 649-661.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2008). Distress and affective

- dysregulation in patients with Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 314-320.
- Exner, J.E. (2009). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*(5th edition). Asheville: Rorschach Workshop.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1997). *SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and Axis II*. New York: Biometrics Research Department.
- Firs, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., et al. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Multi-site Test-retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character and attachment patterns in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 390-402.
- Freed, P. J., & Mann, J. J. (2007). Sadness and loss: Toward a neurobiopsychological model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. Dans R. V. Frankiel (Ed), *Essential papers on object loss* (1994), (pp. 38-51). New York: New York University Press.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptômes et angoisse*. Réédition (1993). Paris: Presses Universitaires de France.
- Grinker, R. R. (1968). The Borderline Syndrome. *Adolescent Psychiatry*, 6, 339-343.

- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T., et Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of clinical psychiatry*, *65*(8), 1049-1056.
- Gunderson, J. G., & Philipps, K. A. (1991). A current view of the interface between Borderline Personality Disorder and Depression. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(8), 967-975.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenisberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorder: similarities and differences, *Journal of Psychiatric Research*, *35*, 307-312.
- Holm, A. L., Bégat, I., & Severinsson, E. (2009). Emotional pain: surviving mental health problems related to childhood experiences. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, *16*, 636-645.
- Holm, A. L., Bégat, I., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: a norwegian hermeneutic study. *Nursing and Health Science*, *12*, 52-57.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*, 27-35.

- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2008). *The loss of sadness*. New York: Oxford University Press.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. Dans A. E. Kazdin, (Ed.) *Encyclopedia of Psychology, Vol. 7* (pp. 137-138). New York: Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1957). Normal and pathological moods: their nature and functions. *Psychoanalytic Study of the Child, 12*, 73-113.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 756–764.
- Kemperman, I., Russ, M. J., & Shearin, E. (1997). Self-injurious behaviour and mood regulation in Borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 11*(2), 146-157.
- Kernberg, O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of the Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 24*(4), 795-829.
- Kernberg, O. F. (1986). Borderline Personality Organization. Dans Stone, M. S., (Éd.) *Essential Papers on Borderline Disorders, One hundred years at the border* (pp279-319). New York: New York University Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Aggression, trauma, and hatred in the treatment of Borderline patients. *The psychiatric clinics of North America, 17*(4), 701-714.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis, 70*, 65-79.

- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. Réédition (1986). Dans Mitchell, J. (Éd) *The selected Melanie Klein* (pp146-175). New York: The Free Press.
- Klein, D. K., & Schwartz, J. E. (2002). The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in dysthymic disorder, *Journal of Personality Disorder, 16*(6), 523-535.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical problems in community mental health care for patient with severe Borderline Personality Disorder. *Community Mental Health Journal, 45*, 508-516.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press
- Korner, A., Gerull, F., Mears, R., & Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of Borderline Personality Disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychiatry, 62*(4), 377-394.
- Korner, A., Gerull, F., Stevenson, J., & Mearns, R. (2007). Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a haunted house, *Comprehensive Psychiatry, 48*, 303– 308.
- Kristeva, J. (1987). *Soleil noir*. Paris: Éditions Gallimard.
- Lazarus, R. (1994). Universal antecedents of the emotion. Dans P., Ekman, & R.J. Davidson, (Éds), *Nature of emotion* (pp. 163-171). New York: Oxford University Press.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies, 25*, 91-100.

- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-873.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 26-41.
- Leichsenring, F. (2004). Quality of the depressive experience in Borderline Personality Disorder: differences between patients with Borderline Personality Disorders and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 9-23.
- Levy, K., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78, 129-143.
- Malher, M. (1973). *Psychose infantile*. Paris: Éditions Payot.
- Masterson, J. F. (1973). Maternal clinging, Separation-Individuation, and the Borderline Syndrome. *International Journal of Child Psychotherapy*, 2(3), 331-344.
- 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 Psycho-Analysis*, 56(2), 163-177.
- Megna, J. L., & Simionescu, M. (2006). Epidemiology, symptomatology and diagnosis. Dans Schwartz, T.L., & Petersen, T. J. (éds.) *Depression: Treatment Strategies and Management* (pp.1-3). New York: Taylor and Francis Group.

- Meyer, B., Ajchenbrenner, M., & Bowles, D. P. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features, *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 641–658.
- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: the voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22, 285-293.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression and adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3), 179-185.
- Pazzagli, A., & Rossi Monti, M. (2000). Dysphoria and aloneness in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220-226.
- Perseus, K.- I., Ekdhal, S., Asberg, M., & Samuelson, M. (2005). To tame a volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168.
- Renaud, A. (2007). La dépression chez la personnalité limite. *Santé Mentale au Québec*, 22(1), 93-113.
- Robbins, C. J. (2002). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Annals*, 32(10), 608-612.

- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Searles, H. (1985). *Mon expérience des états-limites*. Paris: Gallimard.
- Shashin, J. E. (1985). Affect tolerance: A model of affect-response using catastrophe theory. *Journal of Biological Structure*, 8, 175-202.
- Smith, J. A. (1996). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage Publications.
- Soloff, P. H. & Millward, J. W. (1983). Developmental Histories of Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 574-588.
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307–318.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with Borderline Personality Disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372-379.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect Imagery Consciousness, vol. 2: The Negative Affect*. New York: Tavistock/Routledge.
- Tragesser, S. L., Bruns, D., & Disorbo, J. M. (2010). Borderline Personality Disorder features and pain: mediating role of negative affect in pain patient sample. *Clinical Journal of Pain*, 26(4), 348-353.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of personality assessment*, 41, 3-9.

- Vandervoort, D. J. (2001). Cross-cultural differences in coping with sadness. *Current Psychology, 20*(2), 147-153.
- Van Harreveld, F., Van der Pligt, J., Claassen, L., & Van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior, 34*(5), 697-708.
- Waska, R. T. (2002). Mutilation of the self and object: the destructive world of the paranoïd-schizoïd patient and the struggle for containment and integration. *Psychoanalytic Review, 89*(3), 373-398.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in Borderline Personality Disorder and major depression: when depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 382-393.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Éditions Payot.
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and Reality*. New York: Tavistock Publications Ltd.
- Winnicott, D. W. (1983). *Fragment d'une analyse*. Paris: Éditions Payot.
- Wixom, J., Ludolph, P., & Westen, D. (1993). The quality of depression in adolescents with Borderline Personality Disorder, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1172-1177.
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with Borderline Personality Disorder Traits. *Journal of Nervous Mental Disorders, 190*, 693-696.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. C. (2007). The essential nature of Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 518-535.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being Borderline: Dysphoric states specific to Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 6*(4), 201-207.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of Borderline Inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 144-150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with Borderline Personality Disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1989) Axis I phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 30*(2), 149-156.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating Borderline Personality Disorder from other Axis II a disorders. *The America Journal of Psychiatry, 147*(2), 160-167.
- Zittel Conklin, C., Bradley, R., & Westen, D.. (2006). Affect regulation in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 69-76.

Zodan, J., Charnas, J., & Hilsenroth, M. J. (2009). Rorschach assessment of reality testing, affect and object representation of borderline pathology: a comparison of clinical samples. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(2), 121-142.

APPENDICE I : Directives pour les entrevues semi-dirigées

Consigne de départ:

J'aimerais que vous me racontiez quelques histoires à propos de choses qui se sont passées avec quelqu'un de proche de vous. Je voudrais que vous me disiez précisément ce qui s'est passé, comment ça a commencé, ce que vous avez ressenti, comment ça s'est terminé. Parlez-moi d'échanges qui ont été importants pour vous, qui vous ont marqué(e). Racontez-moi des histoires qui vous viennent spontanément à l'esprit, dont vous vous souvenez bien des détails, si possible à propos de quelque chose qui s'est passé au cours des derniers mois.

Donc, il faut obtenir:

Un épisode relationnel. Le sujet doit donc raconter une interaction avec quelqu'un, il ne doit pas être seul. Pas besoin que ce soit avec un conjoint ou un membre de la famille.

Une histoire précise. Veiller à ce qu'il ne parle pas de ses relations en général. Concentrez-vous sur une seule histoire s'il en aborde plusieurs. Afin de préciser l'histoire, demandez des détails et posez des questions pour compléter le récit: demandez comment cette interaction a commencé, comment elle s'est terminée, etc.

Une interaction significative. Sans être exceptionnelle, l'histoire rapportée doit être marquante pour le sujet, elle doit avoir laissé une forte impression. Il ne devrait pas être difficile d'obtenir des épisodes significatifs puisqu'on met l'accent sur des interactions fortement affectées. Si nécessaire, dire au sujet qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise histoire; elle doit seulement être importante pour lui.

Une histoire qui vient spontanément à l'esprit. Cependant, veiller à ce que le sujet se souvienne assez bien de l'anecdote. Il est donc préférable de se concentrer sur les histoires vieilles de moins d'un an, sauf si l'histoire est très significative ou très fraîche en mémoire.

De façon générale, faire préciser les détails, éclaircir les zones floues, confronter les défenses s'il le faut, expliciter les motivations et sentiments, faire ressortir les représentations de soi, des objets, etc. L'entrevue propose donc une exploration de type psychodynamique, mais elle doit avant tout recueillir toutes les informations nécessaires pour la cotation; il faut donc bien poser toutes les questions.

Cas problèmes:

Panne: le sujet ne trouve pas d'histoire. Si le sujet a une panne, et en dernier recours, l'interviewer peut proposer des exemples en explorant la vie du sujet: *Avez-vous un conjoint? Avez-vous eu une dispute dernièrement? Que s'est-il passé?* Et suivre la piste lorsque l'affect demandé fait surface.

Le sujet raconte plusieurs histoires en même temps ou il en commence une autre avant d'avoir terminé la première. Il faut arrêter le sujet et le ramener à l'histoire originale pour la compléter et se servir de l'autre comme deuxième anecdote.

Questions spécifiques pour chaque épisode (les deux):

- 1) *D'abord, parlez-moi d'un échange avec quelqu'un, de quelque chose qui s'est passé avec un proche qui vous a rendu triste ou déprimé.*
- 2) *Racontez-moi une autre histoire à propos d'un échange avec quelqu'un qui vous a rendu triste ou déprimé.*

Questions à poser pour chaque épisode relationnel:

- Comment cela a-t-il commencé?*
- Comment vous êtes-vous senti à ce moment-là?*
- Comment vous êtes-vous aperçu que vous étiez (affect)?*
- Jusqu'à quel point vous êtes-vous laissé vivre votre (affect)? Qu'avez-vous fait avec votre (affect)?*
- Qu'est-ce que votre (affect) voulait-il dire pour vous?*
- Comment avez-vous montré votre (affect) à votre proche?*
- En avez-vous parlé à (votre proche)? Si oui, comment?*

-Pourquoi pensez-vous que (votre proche) a fait ça?

-Que ressentait (votre proche)?

-Comment cela s'est-il terminé?

-Auriez-vous aimé que les choses se passent différemment? Comment?

-Auriez-vous aimé réagir différemment? Comment?

Demandez à la toute fin de l'épisode:

-Si vous aviez à évaluer l'intensité de l'émotion que vous avez vécue sur une échelle allant de 0 à 10, 0 n'étant pas intense du tout et 10 étant le maximum d'intensité pour vous, quelle serait son niveau d'intensité dans l'échange que vous venez de me décrire?

APPENDICE II : CODES ET THÈMES¹

Codes et thèmes	Fréquence	Codes et thèmes	Fréquences
Agression	198	Relation brisée par l'autre	129
<u>Colère envers soi-même</u>	18	<u>Refus de la position passive dans la séparation</u>	21
Désir ou geste autodestructeur E	6	Rejet réactif E	3
Désir ou geste autodestructeur I	3	Rejet réactif I	5
Auto-accusation E	5	Refus du rejet E	1
Auto-accusation I	4	Refus du rejet I	1
Colère envers l'autre	36	Rupture réactive E	4
Colère E	12	Refus de la rupture E	1
Colère I	6	Trahison réactive E	2
Frustration E	4	Impossibilité de se séparer de la relation E	4
Frustration I	5	Rupture par l'autre	76
Ressentiment E	1	Rejet E	7
Ressentiment I	4	Rejet I	14
Rage E	1	Rupture E	1
Rage I	3	Rupture I	2
<u>Manifestations externes de colère envers l'autre</u>	48	Abandon E	5
Agressivité passive I	3	Abandon I	7
Somatique E	2	Trahison E	13
Geste ou désir de violence physique E	6	Indifférence E	7
Geste ou désir de violence physique I	1	Indifférence I	2
Geste ou désir de violence Verbale E	3	Inadéquat I	7
Désir d'affirmation E	4	Manipulation E	4
Désir d'affirmation I	6	Manipulation I	1
Désir ou geste de combat E	3	Utilisation E	6
Désir ou geste de combat I	4	<u>Bris dans la relation par l'autre</u>	32
Désir ou geste de défense E	1	Jugement E	3
Désir ou geste de défense I	5	Jugement I	1

¹ Légende:

E = exprimée directement par le participant

I = inférée par les coteurs à partir du discours du participant

Vengeance E	1	Réprimande E	3
Vengeance I	3	Réprimande I	6
Besoin de se protéger de l'attaque	6	Humiliation E	11
<u>Agression perçue de la part de l'autre</u>	<u>29</u>	Invalidation E	3
Sadisme E	1	Invalidation I	5
Sadisme I	1		
Acte ou désir de violence physique E	5		
Acte ou désir de violence physique I	1		
Acte de violence verbale E	8		
Frustration indifférenciée E	9		
Autres formes d'attaque E	4		
<u>Peur de la colère (soi ou autre)</u>	<u>62</u>		
Crainte de la colère soi ou autre E, I	45		
Faire peur (anxiété) E	18		
<u>Affectivité négative</u>	<u>129</u>		
<u>Culpabilité</u>	<u>10</u>	<u>Soi défectueux</u>	<u>74</u>
E	7	<u>Dépendance excessive</u>	<u>21</u>
I	3	E	5
<u>Dépression et déprime</u>	<u>15</u>	I	16
E : nommée	11	<u>Menaces pour l'estime de soi</u>	<u>31</u>
E : reconnue	2	Honte E	2
I	2	Honte I	5
<u>Tristesse</u>	<u>29</u>	Mépris contre soi E	4
I	4	Mépris contre soi I	5
Déception E	4	Impuissance E	2
Déception I	5	Impuissance I	6
Pleurs ou cris E	17	Misérable E	6
<u>Souffrance</u>	<u>15</u>	Enfer E	1
Psychologique E	11	<u>Mépris réactif</u>	<u>11</u>
Psychologique I	1	E	1
Physique E	3	I	10
<u>Réactions de tristesse ou souffrance</u>	<u>45</u>	<u>Fierté réactive</u>	<u>11</u>
Choc I	4	E	5
Rumination E	3	I	6
Affaissement E	2		
Affaissement I	1	<u>Débordement</u>	<u>33</u>
Perte d'intérêt E	3	Activité motrice E	5

Perte d'intérêt I	1	Manque de contrôle E	4
Désespoir E	3	Manque de contrôle I	1
Désespoir I	4	Explosion E	10
Vide E	3	Abus de substance E	2
Solitude E	3	Confusion	10
Solitude I	1	Instabilité émotionnelle	1
Prise de conscience I	5		
Démolition intérieure E	2		
Désir d'isolement E	1		
Acte d'isolement E	1		
<u>Évitement de la tristesse ou souffrance</u>	<u>15</u>		
Désir de combattre la tristesse	9		
Sensation d'être gelé	1		
Désir de cacher la tristesse	4		
Défense par le rire	1		

APPENDICE III : LEXIQUE DE CODES

Agressivité

1. Colère tournée contre soi

- Geste autodestructeur: Action exprimée par le participant visant à se détruire ou à se faire du mal physiquement ou psychiquement, telle que l'automutilation, la tentative de suicide. (E ou I)
- Désir autodestructeur: Désir exprimé par le participant de se détruire ou de se faire du mal physiquement ou psychiquement, par exemple par l'automutilation, la tentative de suicide. (E ou I)
- Auto-accusation: Le participant s'accuse, il s'attribue la faute d'une conséquence comme s'il avait intégré la représentation interne d'un parent accusateur et culpabilisant. (E ou I)

2. Colère dirigée vers l'extérieur

- Colère nommée: Le participant exprime de la colère par des mots reliés tels que : colère, fâché, etc.
- Colère reconnue: Le participant reconnaît d'abord et nomme ensuite une expérience de colère suite à une intervention de l'interviewer.
- Colère inférée: Le participant exprime indirectement de la colère.
- Colère plaquée: Le participant reprend les mots ou les expressions de l'interviewer au sujet de la colère sans que ceux-ci ne semblent être directement liés avec l'expérience qu'il en train de décrire.

3. Frustration dirigée vers l'extérieur

- Frustration nommée: Le participant exprime directement dans le discours de la frustration devant un besoin ou un désir qui n'est pas répondu.
- Frustration reconnue: Le participant reconnaît d'abord la frustration devant un besoin ou un désir qui n'est pas répondu et la nomme ensuite suite à une intervention de l'interviewer.
- Frustration inférée: Le participant exprime indirectement de la frustration devant un besoin ou un désir qui n'est pas répondu.
- Frustration plaquée: Le participant reprend les mots ou expressions de l'interviewer concernant de la frustration devant un besoin ou un désir qui n'est pas répondu sans que cela ne soit cohérent avec l'expérience qu'il est en train de décrire.
- Ressentiment: Le participant nomme le fait d'en vouloir à quelqu'un pour une action posée dans le passé. (E ou I)

4. Rage dirigée vers l'extérieur

- Rage: Le participant nomme un sentiment intense de rage, de colère non élaborée. (E ou I)

5. Manifestations externes de la colère dirigée vers l'extérieur

- Agressivité passive: Le participant nomme indirectement l'expression de son agressivité par des voies détournées. (I)
- Expression somatique de la colère: Le participant nomme une ou des manifestations somatiques de la colère telle que des symptômes physiques. (E ou I)

- Désir de violence physique (soi): Désir de violence physique envers quelqu'un d'autre exprimée par le participant. (E ou I)
 - Geste de violence physique (soi): Action de violence physique envers quelqu'un d'autre exprimée par le participant. (E ou I)
 - Acte de colère verbale: Action de colère verbale envers quelqu'un d'autre exprimée par le participant. (E ou I)
 - Désir de colère verbale: Désir de colère verbale envers quelqu'un d'autre exprimée par le participant. (E ou I)
6. Affirmation de soi
- Affirmation de soi: Le participant nomme indirectement une action d'affirmation de soi ou de ses besoins (I)
 - Désir d'affirmation de soi: Le participant nomme un désir d'affirmation de soi ou de ses besoins. (E ou I)
7. Manifestations d'agressivité réactive
- Désir de combattre: Le participant nomme indirectement le désir de combattre l'autre. (I)
 - Action de combattre: Le participant nomme une action de combat de l'autre. (I ou E)
 - Désir de se défendre: Le participant nomme une action de combat de l'autre. (I ou E)
 - Action de se défendre: Le participant nomme une action de se défendre contre l'autre. (I ou E)
 - Action de vengeance: Action exprimée par le participant visant à se venger, à faire payer ou à punir l'autre. (I ou E)
 - Désir de vengeance: Désir exprimé par le participant visant à se venger, à faire payer ou à punir l'autre. (I ou E)
8. Crainte de la colère de soi ou de l'autre
- Crainte de l'attaque: Le participant exprime indirectement une crainte d'une attaque physique ou psychique de l'autre. (I)
 - Crainte de blesser l'autre: Le participant exprime une crainte que son attaque physique ou psychique blesse l'autre. (I ou E)
 - Sentiment d'être blessé par l'autre: Le participant exprime directement ou indirectement un sentiment qu'une attaque physique ou psychique de l'autre l'a blessé. (E)
9. Besoin de se protéger de l'attaque
- Auto-réconfort: Le participant exprime indirectement une action ou un désir de s'auto-réconforter, de prendre soin de lui. (I)
 - Quête de distance physique pour ne plus subir d'attaque: Le participant exprime directement ou indirectement une action ou un désir visant à se distancer de l'autre pour ne plus subir ses attaques. (I ou E)
10. Types d'attaque
- Plaisir sadique (autre): Le participant exprime une impression que l'autre éprouve un plaisir à l'attaquer, érotisation de l'attaque attribuée à l'autre. (I ou E)
 - Acte de violence physique (autre): Acte de violence physique de l'autre au participant. (I ou E)

- Désir de violence physique (autre): Désir de violence physique attribué à l'autre par le participant. (I ou E)
- Désir de violence verbale (autre): Désir de colère verbale attribué à l'autre par le participant. (I ou E)
- Acte de violence verbale (autre): Acte de violence verbale de l'autre au participant. (I ou E)
- Frustration ou agressivité attribuée à l'autre: Selon le participant, l'autre ressent de la colère, de l'agressivité, etc., exprimé directement. (E)
- Autre forme d'attaque: Selon le participant, l'autre l'attaque d'une façon non spécifiée ou d'une autre façon que par un acte de violence physique ou verbale. (E)

11. Fait peur

- Anxiété: Peur ou inquiétude associée avec un objet psychique précisé, mais non associé à un objet réel. (E ou I)
- Panique: Le participant parle d'un sentiment d'anxiété débordant et non mentalisé. (E ou I)
- Sentiment de peur: Sentiment de peur exprimé par le participant et associé à un danger réel ou fantasmé, mais à un objet réel. (E ou I)
- Traumatisme: Le participant parle directement ou indirectement d'un sentiment d'avoir été traumatisé par le passé. (E ou I)

Affectivité négative

1. Culpabilité

- Culpabilité: Le participant parle d'un sentiment de culpabilité. (E ou I)

2. Déprime

- Plaquée: Déprime nommée par le participant en imitant les expressions de l'interviewer sans que celles-ci ne fassent de sens avec l'expérience qu'il est en train de décrire.
- Inférée: Déprime nommée indirectement par le participant.
- Reconnue: Déprime reconnue puis nommée par le participant suite à une intervention de l'interviewer.
- Nommée: Déprime nommée directement par le participant par des expressions reliées, tel que déprime.

3. Tristesse

- Déception: Déception nommée par le participant. (E ou I)
- Découragement: Découragement nommé par le participant. (E ou I)
- Pleurs ou cris (ou envie de pleurer ou crier): Expressions reliées au fait de pleurer, de brailler, de se retenir pour ne pas le faire, d'avoir envie de pleurer.

4. Dépression

- Plaquée: Dépression nommée par le participant en imitant les expressions de l'interviewer sans que celles-ci ne fassent de sens avec l'expérience qu'il est en train de décrire.
- Inférée: Dépression nommée indirectement par le participant.
- Reconnue: Dépression reconnue puis nommée par le participant suite à une intervention de l'interviewer.

- Nommée: Dépression nommée directement par le participant par des expressions reliées, telles que l'humeur dépressive.
5. Souffrance
- Souffrance psychologique: Douleur ou souffrance psychologique non définie. (E ou I)
 - Souffrance physique: Douleur ou souffrance physique non définie. (E ou I)
6. Autres termes associés à la souffrance
- Choc: Sensation de surprise, de choc. (E ou I)
 - Maintien des pensées: Expressions liées au fait que les pensées liées à l'évènement triste persistent en durée dans la tête, exprimée directement. (E)
 - Affaissement: Sentiment de s'affaïsser, description d'une expérience qui se rapporte au sentiment de perte de tonus, d'énergie. (E ou I)
 - Perte d'intérêt: Perte d'intérêt pour les relations sociales, les activités (dans l'idée DSM). (E ou I)
 - Désespoir: Sentiment qu'il n'y a plus d'avenir, de possibilité, d'espoir. (E ou I)
 - Vide: Expressions relatives au vide, à l'absence de présence, exprimé directement. (E)
 - Mort: Expressions relatives à la mort, à la fin de la vie, exprimée directement. (E)
 - Perte: Expressions relatives à la perte, au deuil, exprimées indirectement. (I)
 - Prise de conscience: Expressions relatives à une prise de conscience, au fait de réaliser quelque chose. (E ou I)
 - Démolition intérieure: Sentiment d'être démoli, détruit intérieurement, exprimé directement. (E)
7. Manifestations d'évitement de la tristesse ou de la souffrance
- Désir de combattre la tristesse ou la souffrance: Le participant nomme un désir de ne pas vivre ou ressentir de tristesse ou souffrance directement. (Sauf le rire) (E)
 - Tristesse ou souffrance gelée: Le participant exprime directement une impression que sa tristesse ou souffrance est gelée. (E)
 - Désir de ne pas parler ou montrer sa tristesse ou souffrance: Le participant exprime un désir de ne pas parler ou montrer sa tristesse ou souffrance. (E ou I)
 - Défense par le rire: Le participant exprime directement qu'il utilise le rire pour éviter de ressentir, montrer ou exprimer sa tristesse ou souffrance. (E)
8. Solitude
- État de solitude: Expressions relatives à un état de solitude du participant, au fait d'être seul ou isolé. (E ou I)
9. Isolement
- Action d'isolement: Expressions relatives à une action visant à s'isoler. (A distinguer de la honte). (E ou I)
 - Désir d'isolement: Expressions relatives à un désir de s'isoler du participant, de vivre sa tristesse seul. (A distinguer de la honte). (E ou I)

Relation brisée par l'autre

1. Rupture réactive par le participant

- Rejet par le participant: Le participant rejette l'autre suite à un sentiment d'avoir été rejeté ou agressé par ce dernier. (E ou I)
- Rupture de la relation (soi): Une rupture enclenchée par le participant sans rejet suite à un sentiment d'avoir été rejeté ou agressé par l'autre. (E ou I)
- Remise en question de la relation (soi): Une remise en question de la relation est enclenchée par le participant sans rejet, exprimée directement, suite à un sentiment d'avoir été rejeté ou agressé par l'autre. (E)
- Indifférence envers l'autre (soi): Le participant exprime son indifférence envers l'autre directement, suite à un sentiment d'avoir été rejeté ou agressé par ce dernier. (E)
- Fait de trahir l'autre: Le participant affirme avoir trahi l'autre directement ou indirectement, suite à un sentiment d'avoir été rejeté ou agressé par ce dernier. (E ou I)

2. Refus de la rupture subie

- Refus du rejet: Le participant exprime son refus du rejet de l'autre. (E ou I)
- Refus de la séparation psychologique: Le participant exprime son refus de la séparation psychologique d'avec l'autre. (E ou I)
- Sentiment d'impossibilité de se séparer par incapacité: Le participant exprime son incapacité de se séparer psychologiquement d'avec l'autre. (E ou I)

3. Autre infligeant une rupture

- Rejet par l'autre: Rejet du participant par l'autre, activement repoussé par l'autre. (Vs abandonné). (E ou I)
- Rupture de la relation par l'autre: Rupture de relation enclenchée par l'autre sans que ça prenne le sens de perdre, d'abandon ou de rejet. (E ou I)
- Abandon: Abandon du participant par l'autre, celui-ci s'en va sans pour autant repousser activement le participant (vs rejet). (E ou I)
- Sentiment d'être trompé: Tromperie, mensonge du participant par l'autre, exprimé directement. (E)

4. Autre indifférent

- Indifférence de l'autre: Sentiment du participant que l'autre est indifférent à lui. (E ou I)

5. Autre insuffisant

- Insuffisance de l'autre: Incapacité de l'autre à prendre soin, protéger, nourrir, réguler, apaiser le participant selon lui. (E ou I)

6. Autre infligeant un sentiment de honte

- Sentiment d'être jugé par l'autre: Expression du participant de son sentiment que l'autre le juge, a une opinion négative de lui. (E ou I)
- Sentiment d'être réprimandé par l'autre: Expression directe du participant de son sentiment que l'autre le prend en défaut. (E ou I)
- Sentiment d'être humilié par l'autre: Expression directe du participant de son sentiment que l'autre l'humilie, le couvre de honte. (E)
- Sentiment d'être invalidé par l'autre: Expression du participant de son sentiment que l'autre ne le comprend pas, ne valide pas ses états affectifs. (E ou I)

- Sentiment d'être écrasé par l'autre: Expression directe du participant de son sentiment que l'autre l'écrase avec sa supériorité. (E)
7. Autre manipulateur
- Sentiment que l'autre tente de le manipuler: Expression du participant de son sentiment que l'autre tente de le manipuler ou le manipule. (E ou I)
 - Sentiment d'être utilisé par l'autre: Expression indirecte du participant de son sentiment que l'autre l'utilise pour des fins personnelles. (I)
 - Rôle maternant attribué à soi: Le participant s'attribue directement un rôle de s'occuper de l'autre, d'en prendre soin, de le materner ou de le soutenir. (E ou I)
8. Autre trahissant
- Sentiment d'être trahi par l'autre: Trahison du participant par l'autre, c'est-à-dire que l'action implique au moins une tierce personne, exprimé directement. (E)

Représentation de soi comme défectueux

1. Lien étroit avec l'autre
- Sentiment de dépendance excessive: Le participant exprime son sentiment de dépendre de l'autre, d'avoir besoin de lui d'une quelconque façon. (E ou I)
2. Blessure narcissique
- Honte: Sentiment de honte, besoin de se cacher ou désir de le faire. (E ou I)
 - Mépris contre soi: Le participant manifeste un mépris envers soi, se juge très sévèrement, parle de sa faible estime de lui-même. (E ou I)
 - Impuissance: Le participant exprime son sentiment d'incapacité d'agir, de se sortir de quelque chose, d'être sans moyen, sans recours. (E ou I)
 - Misérable: Le participant exprime directement son sentiment d'être misérable. (E)
 - Enfer: Le participant exprime directement son sentiment de vivre un enfer. (E)
3. Mépris réactif
- Mépris envers l'autre: Le participant raconte un épisode où il méprise, est arrogant, ironique ou sarcastique envers l'autre, l'objet du mépris se trouve dans le récit et non pas l'interviewer lui-même. (E ou I)
4. Fierté réactive
- Fantasme d'importance: Fantasme du participant d'occuper une place centrale dans la vie psychique de l'autre. (E ou I)
 - Fierté: Expression du participant d'être fier. (E ou I)
 - Désir de se sentir fier: Expression par le participant de son désir d'être fier. (E ou I)
 - Désir de se sentir suffisant: Expression par le participant de son désir d'être suffisant, « assez ». (E ou I)
 - Désir d'être vu: Fantasme du participant d'être vu, de se donner en spectacle. (E ou I)

Débordement

1. Externe
- Régulation par l'activité motrice autre qu'agressive: Le participant tente de réguler une expérience par l'activité motrice, le sport, etc. (I)

- Manque de contrôle sur soi: Sentiment de ne pas pouvoir contrôler son affect et ses manifestations externes et internes. (E ou I)

2. Interne

- Sentiment d'éclater: Expressions relatives au sentiment d'éclater. (E)
- Sentiment que c'est trop: Expressions relatives au sentiment que s'en est «trop», plus que ce qui est tolérable. (E)
- Fuite du problème autre que l'agressivité: Recherche d'un apaisement par la fuite du problème d'une façon autre qu'agressive ou motrice, p.ex. en quittant la situation ou le milieu problématique. (E)
- Confusion racontée: Sentiment exprimé directement par le participant d'être perdu, de ne pas comprendre, d'être confus. (E)
- Expérience émotionnelle indifférenciée: Manifestations conscientes ou non d'un ensemble d'expériences émotionnelles vécues comme un tout indifférencié. (I)
- Régulation par l'abus de substance: Le participant tente de réguler une expérience par la consommation de substances psychotropes. (I)
- Instabilité relationnelle racontée: Manifestations conscientes ou non d'une alternance d'émotions positives et négatives, d'une imprévisibilité émotionnelle par le participant. (E)