

Une bibliographie des états limites

par C. MORMONT

ABELY, P. - Démences précoces, syndromes discordants, névroses déstructurées ou schizonévroses. Ann. méd.-psychol., **119**, 1, 67-77 (1961).

Abely oppose les démences précoces authentiques «que certains auteurs nomment les schizophrénies de forme hétérophrénique s'accompagnant d'une démente très particulière et de lésions très contrôlables» aux schizonévroses qui lui «semblent constituer l'essentiel de ce qu'on nomme la schizophrénie». Ces schizonévroses sont pour lui des névroses déstructurées, décompensées. «Pour moi, écrit-il, l'élément essentiel qui m'autorise à estimer qu'une névrose antérieure est déstructurée, est d'abord l'apparition du délire, qui signifie un fléchissement du jugement et du contrôle, en même temps qu'un essai intempestif et pathologique de libération et de capitulation, un effondrement des moyens de défense et des forces qui tentent de maintenir, en une situation de plus en plus instable, les composantes de la personnalité...». C'est donc la dislocation brusque du système défensif névrotique relativement bien organisé qui aboutit à la schizonévrose. Ainsi disloqué, «ce système défensif deviendra caricatural et illogique. On ne retrouvera plus que quelques éléments résiduels isolés...».

Avant de terminer par des considérations relatives à l'efficacité des différentes thérapeutiques chez ces patients, Abely critique le terme de schizonévrose lui préférant celui d'asystolie névrotique».

BRODY, E.B. - Borderline state, character disorder and psychotic manifestations. Some conceptual formulations. *Psychiatry*, **23**, 75-80 (1960).

«Les patients souvent décrits comme «borderline» sont définis dans cet article en terme de chronicité et du caractère syntone de leurs symptômes, de leur tendance à exhiber des manifestations psychotiques dans la situation transférentielle et de l'atmosphère de leur développement précoce.»

1. Leurs plaintes sont chroniques et ils exhibent une manière de vivre constamment désordonnée plutôt qu'un trouble discret dont le commencement serait repérable;

2. Leurs façons névrotiques de résoudre les problèmes ou de réduire l'anxiété tend à devenir égოსyntone;

3. En psychothérapie ou en analyse, le transfert tend à être puissant, marqué par l'utilisation transitoire de mécanismes de défense et de gratification communément associés aux psychoses. Cela inclut entre autres une difficulté temporaire à distinguer le rêve et la fantaisie de la réalité, avec référence particulière au thérapeute, ainsi que des idées paranoïdes passagères. De tels comportements sont analytiquement modifiables; la thérapie n'a pas besoin d'être marquée par des épisodes clairement psychotiques;

4. L'investigation analytique révèle que durant les années de développement, des événements répétitifs sont beaucoup plus importants qu'un événement traumatique singulier ou isolé.

«Chez ces patients, l'adaptation qui requiert la constante évaluation de la réalité est lésée par une tendance à la décharge rapide de tension qui réduit l'importance de la réalité».

CATTELL, J.P. - A psychodynamic view of pseudoneurotic schizophrenia, in P. HOCH and J. ZUBIN, *Psychopathology of schizophrenia*. New-York - London, 19-36, 1966.

CATTELL distingue des symptômes cliniques primaires de schizophrénie pseudo-névrotique et des symptômes cliniques secondaires. Les symptômes cliniques primaires sont:

1. Désordre de la pensée et des associations (forme et contenu),

2. Désordre de la régulation émotionnelle (forme et contenu),

3. Désordre du fonctionnement sensori-moteur et autonome.

Les symptômes cliniques secondaires sont:

1. Pan-anxiété,

2. Pan-névrose,

3. Pan-sexualité (sexualité chaotique).

CATTELL ajoute que l'anxiété joue un rôle peu clair dans la formation des symptômes primaires et secondaires. Il se livre à une analyse très détaillée de chacun de ces symptômes.

McCULLY, R.S. - Certain theoretical considerations in relation to borderline schizophrenia and the Rorschach. *J. project. Techn.* **26**, 404-418 (1962).

McCULLY propose une méthode d'analyse du Rorschach des schizophrènes borderline (et non pas des borderline tout court) basée sur deux axes dynamiques. Il s'agit en fait des deux axes classiques de la graphologie: sur l'axe horizontal, le retrait vis-à-vis des autres se situe à l'extrémité gauche du continuum et l'expansion vers les autres est située à l'extrémité droite; tandis que le conscient est placé au sommet de l'axe vertical et l'inconscient à l'autre bout de ce même axe.

DABROWSKI, K. - La décompensation des structures psycho-névrotiques d'après la théorie de la désintégration positive. *Ann. méd.-psychol.*, **11**, 475-482 (1966).

La décompensation des structures psycho-névrotiques est caractérisée par la perte des moyens de défense: affaiblissement sensible de la fonction de la réalité (d'où délire), la perte du contrôle de soi-même, l'affaiblissement des inhibitions conscientes. Au Rorschach, «l'apathie, le manque d'imagination, le passage au monde d'objets sans vie et immobiles, le manque de couleurs et de kinés-thésie humaine, une quantité restreinte de formes bien remarquées, témoignent de la schizophrénie...».

DENIKER, P. et J.C. QUINTART - Les signes pseudo-névrotiques dans les formes limites de la schizophrénie. *Encéphale*, **50**, 307-323 (1961).

«Notre dénomination de «forme-limite» comprend les névroses atypiques mal caractérisées et le plus souvent graves ainsi que les états pré-psychotiques à forme d'organisation névrotique». Les auteurs ne cherchent donc pas à établir un cadre nosologique autonome. Ils le prouvent encore lorsqu'ils envisagent l'évolution de ces patients; ils la disent variable:

a) Lente, sans véritable aggravation;

b) Courts épisodes psychotiques qui disparaissent sans laisser de trace;

c) Beaucoup zigzaguent continuellement sur la ligne de la réalité (citations de Hoch et Polatin);

d) L'évolution terminale vers la schizophrénie se fait plus ou moins rapidement.

Comment se présentent-ils cliniquement?

«Personnalités timides et renfermées, ces malades consultent ou le plus souvent, sont amenés chez le médecin pour des manifestations variées et multiples (pan-névrose). Ils sont apathiques, déprimés, indifférents. Leur vie affective s'appauvrit et ils ont l'impression de ne plus ressentir d'émotions, ni d'en provoquer chez les autres. Les troubles intellectuels sont variables. Assez libres dans le récit de leur vie sexuelle, ils manifestent peu d'effort pour expliquer et rationaliser leur maladie dont ils sont mal conscients». Il faut signaler que les symptômes psychotiques secondaires de Bleuler sont rares et que les troubles psycho-sensoriels s'arrêtent aux stades élémentaires.

EISENSTEIN, V.W. - Psychothérapie différentielle des états limites in G. BYCHOWSKI et J.L. DESPERT. Techniques spécialisées de la psychothérapie, Paris, P.U.F., 1958.

«Au point de vue descriptif, ces patients semblent se comporter à un niveau névrotique, c'est-à-dire qu'ils se plaignent de phobies, d'obsessions, de conversion, de dépression ou d'état d'angoisse avec un mélange de traits paranoïdes rudimentaires, des sentiments passagers de rejet, de dépersonnalisation.»

Eisenstein considère que 30 % des patients de sa pratique psychiatrique sont «limites», (contre 50 % selon Piotrowski et Lewis et 32 % selon Woltmann). L'auteur propose un traitement en 3 phases

1. Etablissement du contact affectif;
2. Véritable alliance thérapeutique;
3. Période de sevrage et d'ajustement.

il conseille l'analyse du transfert et du contre-transfert.

EKSTEIN, R. and E. CARUTH - Distancing and distance devices in childhood schizophrenia and borderline states: revised concepts and new directions in research. Psychological Reports, **20**, 109-110 (1967).

Les auteurs ne distinguent pas psychotique et borderline. Chez les uns comme chez les autres, la distance psychologique «fluctue de façon marquée et apparemment imprévisible».

«La lutte fondamentale de tels patients est entre la perte de l'objet dans le retrait autistique et la perte de soi dans la fusion symbiotique avec l'objet». Les auteurs estiment que la distance peut être considérée «comme un construct arithmétique potentiellement mesurable».

ENGEL, M. - Psychological test of borderline psychotic children. Arch. gen. psychiat., **8**, 426-434 (1963).

Les enfants borderline, conformément à la définition de Ekstein et Motto sont des enfants «qui parfois donnent une impression de normalité ou d'adaptation névrotique classique et parfois développent un état d'esprit qui nous rappelle l'organisation psychotique. Le siège du trouble serait donc l'organisation du Moi de l'enfant: instable, fluctuant d'états relativement normaux à des états très anormaux».

Engel met en évidence certains traits qui nous semblent capitaux.

- a) Angoisse de morcellement, de mort;
 - b) Lutte pour maintenir le contact avec la réalité;
 - c) Perception du monde comme présentant des demandes insurmontables;
 - d) Mise à distance dans le temps ou dans l'espace; usage du fantastique;
 - e) Recherche d'aide auprès du testeur avec tentative de transformer le rôle de celui-ci en rôle thérapeutique;
 - f) Entre le testeur et l'enfant, les relations sont plus intenses, l'examineur se souvient du testing; il est intrigué; le rapport qu'il en fait est plus long, et plus difficile à écrire. Si l'enfant borderline est souvent coopérant, il n'en est pas moins difficile à tester.
- Engel conclut en disant qu'elle croit possible d'aboutir à une bonne différenciation diagnostique grâce à l'analyse des tests

EVRRARD, E. - Aux confins de la schizophrénie. Considérations sur certains états limitrophes. Acta neurol. belg. **58**, 356-371 (1958).

Nous citons les conclusions de l'auteur: «il semble bien que le noyau schizophrénique authentique constitué par les formes kraepelinienne ne doivent pas, actuellement du moins, admettre d'autres formes en son sein; c'est dans la direction des schizophrénies aiguës qu'une extension nous paraît possible sous réserve de la découverte de critères satisfaisants. L'admission de formes légères ne présente aucune difficulté».

EY, H., P. BERNARD et C. BRISSET - Manuel de psychiatrie.

Dans ce manuel sont groupées sous la dénomination «état limite» des psychoses, les névroses graves, les états pré-schizophréniques, les schizophrénies pseudo-névrotiques, les caractériels, les pervers, les impulsifs, les délinquants, soit 30 % des consultants tout venant.

EY, H. - Psychoses chroniques. Schizophrénies. Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens. Encycloped. méd. chirurg., Psychiat. 2-1955, 37284A-10.
Formes cliniques et problème nosographique. Encyclop. méd. chirurg., Psychiat. 2-1955, 37283A-10.

On peut résumer la pensée de Henri EY en citant une de ses phrases: «Les formes de début (de la schizophrénie) se confondent avec les formes mineures (de type caractériel ou névrotique) que nous avons décrites. Autrement dit, les formes mineures que nous avons décrites sont des formes abortives du processus schizophrénique».

FAVALE, E., F. GIBERTI, G. ROCCATAGLIATA - Il reattivo di Rorschach nella c.d. schizoprenia pseudoneurotica. Sistema Nervoso, **13**, 368-377 (1961).

Les 21 protocoles sur lesquels porte le travail sont pauvres. Ils présentent les caractéristiques suivantes: peu de réponses, type d'appréhension G.D. ou G.D.d; % G, % Dd, % Dbl supérieurs à la moyenne, % D inférieur. La succession n'est jamais ordonnée (elle l'est trop ou trop peu); les refus sont assez fréquents aux planches VII, VI, IX, IV; le nombre de réponses formelles est élevé, leur qualité est mauvaise (F+ = % bas); il y a peu de réponses couleures, kinesthésiques, clob; les réponses anatomiques sont nombreuses et peuvent être persévératives; les réponses banales, originales, humaines, et abstraites, sont rares; tandis que les réponses sang, explosion, feu, sexe, les contenus écrasés, les monstres, et les totems sont plutôt fréquents. Les auteurs ne prétendent pas donner un caractère général à leurs observations: ils estiment difficile de décrire une séméiologie définitive de la schizophrénie pseudo-névrotique au Rorschach; ils pensent même que cette séméiologie est variable selon la symptomatologie clinique; ils relèvent cependant dans la plupart des protocoles, la coexistence d'éléments névrotiques et psychotiques (ces éléments ne paraissent d'ailleurs pas très parlants, car peu ou pas discriminatifs. Par exemple, les choes blob et C, ainsi que la coartation sont considérées comme appartenant à la lignée névrotique, ce qui n'est pas faux, mais on ne peut certes pas attribuer à ces signes une valeur sérieusement différentielle).

FEDERN, P. - Ego psychology and the psychoses, London, Imago, 1953. ch. 7. Psychotherapy in latent schizophrenia, 166-183.

Federn est un de ces auteurs qui estiment ne pas devoir accorder l'autonomie à de nouvelles entités cliniques telles que borderline ou

schizophrénie pseudo-névrotique parce qu'il estime que tout est compris dans le concept de schizophrénie latente.

«L'auto-défense la plus importante contre la schizophrénie, écrit-il, est la névrose, habituellement hystérique ou obsessionnelle», encore que la schizophrénie latente puisse aussi cacher sa nature réelle sous le couvert de psychopathie schizoïde ou criminelle. Sur le plan thérapeutique, il faut éviter de faire faire une anamnèse complète par le patient lui-même, d'user des associations libres et de résoudre le transfert positif. Comme dans les cas de psychose avancée, le secours d'une femme maternelle pourrait être indispensable.

FENICHEL, O. - La théorie psychanalytique des névroses. II, Paris, P.U.F., 1953.

Pour FENICHEL, les cas limite sont un espèce de fourre-tout dans lequel il groupe sans le dire les schizomanes, les pré-psychotiques, les schizophrènes latents, les schizophrènes pseudo-névrotiques ou pseudo-psychopathiques et où, explicitement, il ajoute «les psychopathes à allure bizarre, les paranoïaques avortés, les «apathiques», tous ceux enfin, qui, à l'âge adulte, ont pu garder ou ont retrouvé une grande partie de leur narcissisme primitif».

Pour FENICHEL, certains sont surtout névrosés et d'autres surtout psychotiques: «Il y a des névrosés qui, sans faire une psychose véritable, présentent des traits psychotiques ou qui ont tendance à utiliser des mécanismes schizophréniques chaque fois qu'ils subissent une frustration. Il y a aussi ce qu'on pourrait appeler le schizophrène en puissance, il n'a pas rompu avec la réalité mais certains signes montrent qu'il en prend le chemin, et qu'il pourrait en cas d'événements défavorables, développer une véritable psychose. D'autres ont «canalisé» pour ainsi dire leurs tendances schizophréniques. Ce sont des désaxés dont le déséquilibre atteint une étendue plus ou moins grande, mais qui ont gardé un contact normal avec la réalité.»

FORER, B.R. - The latency of latent schizophrenia. J. proj. Techn., **14**, 297302 (1950). (in SHERMAN, M.H., A Rorschach reader. N.Y., Int. Univ. Press, 1960).

Le diagnostic de schizophrénie latente «est fondamentalement la prédiction que dans certaines circonstances - qui peuvent être difficiles à spécifier - le sujet montrera un comportement schizophrénique». Pourquoi cela? Parce qu'un tel sujet manquant d'indices internes de comportement est «pathologiquement dépendant

des indices extérieurs». C'est-à-dire qu'il paraît «normal» tant que les situations qu'il rencontre lui fournissent des points de repère convenables; par contre, «quand une situation est très ambiguë, l'individu ne peut relier ses nouvelles expériences aux anciennes, il devient incapable de découvrir des guides sûrs à son action. C'est à ce point que les ressources internes deviennent les déterminants les plus significatifs de son comportement». C'est donc à ce moment que ce manifeste la potentialité latente. Les taches d'encre du Rorschach sont un type de situation hautement ambiguë (les associations libres en sont un autre) et c'est ce qui fait leur intérêt «sa force (du Rorschach) est dans sa capacité à révéler ce qui serait latent ou potentiel dans des situations sociales structurées, et son danger reste dans les tentatives fréquentes de prédire un comportement ouvert dans des situations structurées à partir d'un comportement dans des situations non structurées».

HOCH, P.H., J.P. CATTELL, M.O. STRAHL and H.H. PENNES.
The cause and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.*, **119**, 106115 (1962).

L'étude porte sur 109 patients suivis avec une catamnèse de 5 à 20 ans. Le diagnostic initial de schizophrénie pseudo-névrotique était basé sur la découverte de symptômes cliniques primaires de schizophrénie pseudo-névrotique et de symptômes cliniques secondaires de pan-anxiété, pan-névrose et sexualité chaotique. Les sujets ayant un passé de réactions schizophréniques ouvertes ont été exclus, de même que ceux dont le diagnostic de schizophrénie pseudo-névrotique n'a pu être confirmé rétrospectivement.

1. Au début du traitement la moitié de ces patients étaient dans la 3e décennie de leur vie et 25 % dans la 4e.
2. 10 % de ces patients ont tenté de se suicider mais seuls deux d'entre eux ont réussi.
3. Environ 20 % des patients ont manifesté une symptomatologie schizophrénique ouverte durant une certaine période de la catamnèse, mais seulement la moitié (soit 10 %) ont connu une rémission, donc 10 % de ceux qui étaient à l'origine des schizophrènes pseudo-névrotiques ont développé des formes chroniques de schizophrénie soit catatonique, paranoïde et occasionnellement hébéphrénique.
4. Au moment de la catamnèse, environ 1/3 de tous ces patients avaient connu respectivement une évolution bonne, satisfaisante et pauvre.

KATAN, M. - Contribution to the panel on ego distortion. («as-if» and «pseudo as-if»). *Int. J. Psycho-Anal.*, **39**, 265-270 (1958).

«La distorsion du Moi est une fixation. C'est une réaction à certains conflits dans un stade précoce du développement, avant que le Sur-Moi ne soit formé. Cette réaction n'est jamais abandonnée en faveur d'une réaction plus adéquate durant la croissance ultérieure du Moi. Au moins, en général, nous pouvons dire que la distorsion du Moi n'est pas une apparition tardive sous l'influence d'un processus régressif... A l'origine, elle n'est pas une défense, mais secondairement le Moi peut incorporer sa distorsion dans son système défensif.»

Si une distorsion du Moi est tout à fait prévalente, on peut avoir affaire alors à une personnalité as-if.

«En ce qui concerne le borderline, nous pouvons dire qu'une tendance à se développer dans une direction psychotique paraît être tenue en échec par la tendance opposée à rester en contact avec la réalité. Cette dernière tendance est évidemment soutenue par les forces jointes du Moi et du Sur-Moi. Cette tendance vers la désintégration marque la principale différence entre la distorsion du Moi et le Moi dans les cas borderline.»

Katan insiste beaucoup sur la distinction à faire entre personnalité as-if (qui ne se rencontre presque exclusivement que chez la femme) et les réactions as-if. «L'identification primaire de la personnalité as-if est entièrement une distorsion du Moi. C'est la réaction du Moi à une interférence précoce dans son développement. Contrairement, dans l'adolescence et les cas borderline, le Moi affaibli emploie l'identification primaire pour restaurer les relations d'objets qui sont déjà perdues et, ce faisant, travaille à la prévention de la désintégration ultérieure.»

Katan distingue aussi les as-if et pseudo as-if. Dans les deux cas, il existe un trauma oral combiné avec le manque de pénis; mais chez le as-if, il n'y a pas de figure maternelle constante.

En effet, au moment d'une dépendance orale massive, la figure maternelle disparaît et il n'y a pas de possibilités de formation d'un Moi développé parce qu'on ne dispose d'aucun modèle. Chez le pseudo as-if, il n'y a pas de perte de la mère, mais au contraire, la mère maintient une trop grande dépendance orale. Il y a développement du Moi mais l'absence de phallus s'est accentuée. Le Moi est affaibli sous l'influence de conditions névrotiques, il évite de fonctionner à son propre avantage et retombe dans sa dépendance à la mère ou à ses représentants.

KATAN, M. - Comments on «ego distortion», *Int. J. Psycho-Anal.* **40**, 297-303, (1959).

«Je pense d'une distorsion du Moi qu'elle est une réaction précocement formée du Moi à certains conflits. Cette réaction n'est pas

échangée dans le développement ultérieur pour des réactions plus adéquates. Cela reste visible et apparaîtra lorsque le Moi aura à faire face à un conflit spécifique. On peut dire qu'après formation du Sur-Moi, la chance de développement d'une distorsion du Moi a disparu...

Le cas limite m'apparaît comme une fixation d'un développement pré-psychotique, avec adaptations secondaires du Moi en vue de maintenir un statu quo. Sur le chemin du développement psychotique, le cas limite a trouvé un certain équilibre. Mais en général, en comparant la distorsion du Moi au cas limite, nous voyons que dans la distorsion du Moi, une partie du Moi n'a pas partagé le développement ultérieur du Moi, tandis que dans le cas limite, il y a une tendance à la régression et à la séparation d'avec la réalité, et combat du Moi contre cette tendance.»

Dans le cas limite, le Moi use de tendances oedipiennes pour se protéger de processus régressifs plus profonds.

KATZ, P. - The diagnosis and treatment of borderline schizophrenia in adolescence. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, **12**, 247-251 (1967).

Borderline est utilisé ici dans le sens le plus large: il décrit les patients qui ont la potentialité de devenir schizophrènes. Ils n'ont pas les symptômes d'une schizophrénie ouverte, mais ceux-ci peuvent se manifester, spécialement sous stress. Ce sont les schizotypes compensés de RADO, les schizophrènes latents de BYCHOWSKI, les schizophrènes ambulatoires de ZILBOORG et les schizophrènes pseudo-névrotiques de HOCH et POLATIN. Chez ces sujets, le premier objectif de la thérapeutique est de prévenir une psychose, il faut par conséquent agir sur le milieu, si cela est nécessaire, et réduire l'angoisse. La psychothérapie doit être supportive, la relation nécessairement positive. Il ne faut pas enlever les défenses névrotiques, ni user d'associations libres. Selon BYCHOWSKI, les signaux d'alarme d'une invasion psychotique sont le manque de résistance, la rapide disparition des symptômes, l'émergence rapide du matériel réprimé, la rapide acceptation de l'emploi de symboles et de pensées magiques ou paranoïdes. KATZ signale cependant que chez l'adolescent, la rapide disparition des symptômes et l'émergence du matériel réprimé sont caractéristiques de toute thérapeutique.

KHAN, M.M.R. - Dream psychology and the evolution of the psychoanalytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, **43**, 21-31 (1962).

L'auteur caractérise les patients borderline (dont il semble avoir une conception particulièrement floue) par leur incapacité à profiter

d'une situation analytique. Ils ne peuvent en respecter les règles; ils viennent sans symptômes spécifiquement identifiables ou même sans souhait bien précis; leurs associations libres sont difficiles; ils n'établissent pas de névrose de transfert utilisable.

MERCER, M. and S.C. WRIGHT - Case studies. Diagnostic testing in a case of latent schizophrenia. *J. project. Techn.*, **14**, 287-296 (1950).

On parle de schizophrénie latente lorsqu'un protocole de Rorschach reflète une pensée pathognomonique de la schizophrénie ou de l'organicité alors qu'une étude clinique soigneuse n'a pas mis en évidence de désordres de ce type. L'étude d'un cas montre que ce patient demeure adapté grâce au maintien d'un contrôle massif et épuisant. Si ces défenses deviennent inadéquates, il est probable qu'une rupture psychotique avec la réalité en résultera.

SCHMIDEBERG, M. - The borderline patient. In S. ARIETI, *American Handbook of psychiatry*. I, ch. 21, Basic Books, 1959.

Schmideberg est un des auteurs qui affirment le plus explicitement l'autonomie du groupe des borderline. Elle écrit: «Le borderline représente, à mon avis, une entité clinique limitrophe à

1. la normalité,
2. aux névroses,
3. aux psychoses psychogénétiques,
4. à la psychopathie.

Il possède des éléments de certaines et parfois de toutes ces entités. Quantitativement parlant, il n'est pas juste à mi-chemin entre la névrose et la psychose; le mélange et la combinaison de ses modes de réaction produit quelque chose de qualitativement différent... Une des raisons pour lesquelles le borderline devrait être considéré comme une entité clinique est que le patient reste, substantiellement identique à lui-même au travers de sa vie. Il est stable dans son instabilité, quels que soient les hauts et les bas qu'il connaisse. Comme la condition de borderline introduit rarement dans la schizophrénie, elle ne pourrait être considérée comme un état pré-psychotique, comme une schizophrénie latente, une schizophrénie pseudo-névrotique, etc. Alors que certains schizophrènes en rémission peuvent ressembler à des borderline, ces derniers sont différents parce qu'ils n'ont pas été et ne deviendront sans doute pas schizophrènes. Le concept de borderline serait ainsi distingué des épisodes psychotiques, des réactions schizophréniques temporaires ou partielles au stress, etc.

Pour Schmideberg, l'essentiel du borderline n'est pas dans sa symptomatologie qui n'est d'ailleurs jamais ni authentiquement psychotique, ni authentiquement névrotique. Pour elle, le borderline souffre d'un trouble sévère de la personnalité dont le trait cliniquement dominant permet de constituer des sous-groupes majeurs: sous-groupe des dépressifs, des schizoïdes, des paranoïdes, des querulants, des hypocondriaques, des antisociaux, etc.

SHAPIRO, D. - Special problems of testing borderline psychotics. J. project. Techn. **18**, 387-394 (1954). (in M.H. SHERMAN. A Rorschach reader, New-York, Int. Univ. Press, 1960).

Les psychotiques borderline se présentent avec des symptômes névrotiques sévères et apparemment intraitables; ils peuvent être considérés comme névrosés et traités comme tels jusqu'à ce que des signes d'un processus psychotique deviennent manifestes; ou encore ils se présentent avec de sévères troubles du caractère sous lesquels on découvre une pensée psychotique mais à l'égard de laquelle les patients sont capables de prendre une certaine distance; ou enfin, ils font une bouffée psychotique dont ils sortent spontanément. Il n'est pas nécessaire de préciser que chez SHAPIRO, le concept de «borderline psychotic» est particulièrement large et qu'il ne s'agit pas d'un cadre nosologique autonome. Les deux exemples qu'il fournit en sont la preuve puisqu'il s'agit d'une patiente de 18 ans à propos de laquelle SHAPIRO lui-même fait le diagnostic de schizophrénie incipiens et le second exemple est celui d'une femme de 45 ans, purement et simplement schizophrène. En fait, l'intérêt du travail de SHAPIRO ne réside pas tellement dans son caractère nosologique mais se situe davantage au niveau de l'étude des mécanismes. SHAPIRO est un tenant de la psychologie américaine du Moi et c'est dans cette optique qu'il étudie les borderline: chez ceux-ci, et cela ne leur est d'ailleurs pas spécifique, les fonctions du Moi sont inégalement lésées. Le problème est de connaître la nature et l'étendue de ces «lésions» en même temps que d'estimer les possibilités de restauration du Moi. En ce qui concerne les tests, et principalement le Rorschach, les deux propositions essentielles de SHAPIRO sont les suivantes: d'abord, il faut éviter de surestimer les éléments psychotiques relevés dans un protocole et de sous-estimer si ce n'est d'oublier «les fonctions défensives névrotiques ou même sainement adaptatives» préservées. Ensuite, (et corollairement), les fonctions du Moi sont inégalement résistantes à l'intrusion d'un processus psychotique. SHAPIRO pense qu'il serait possible par analogie aux sub-tests de l'échelle de Wechsler qui tiennent - ou ne tiennent pas - avec l'âge, de rechercher au travers des tests les fonctions du Moi qui «tiennent» et celles qui «ne tiennent pas» face à l'invasion psychotique. Les tests permettent de mieux apprécier les aspects créatifs intégratifs, adaptatifs du Moi.

SILVERMAN, L.H., B. LAPKIN and I.S. ROSENBAUM - Manifestations of primary process thinking in schizophrenia. J. project. Techn. **26**, 117-127 (1962).

Les auteurs ont étudié les manifestations de processus primaire de pensées (logique autistique, condensation, déplacement, symbolisation) au Rorschach grâce à une méthode proposée par Holt. La comparaison d'un groupe de 20 schizophrènes appariés à 20 névrosés pour l'âge, le Q.I. et le sexe a montré la validité de l'hypothèse selon laquelle les schizophrènes manifestent dans leurs pensées plus de caractéristiques formelles de processus primaires que les névrosés.

STONE, H.K. a. N.P. DELLIS - An exploratory investigation into the levels hypothesis. J. project. Techn., **24**, 333-340 (1960).

«Notre hypothèse spécifique à propos des tests psychologiques est qu'il y a une relation intense entre le degré de structure du stimulus et le niveau de personnalité touché par le test... Sur 200 protocoles de tests de types variés de schizophrénies qui ont été étudiés avec cette hypothèse présente à l'esprit, il n'y a pas eu d'inversion frappante du continuum «surface-profondeur». C'est-à-dire que nous n'avons pas vu de batterie de tests dans laquelle il y avait une échelle de Wechsler bizarre et un Sentence Completion test manifestement schizophrénique et dont le TAT, le Rorschach et le dessin d'un personnage étaient dépourvus de grosse pathologie». Etude de 20 cas.

WEINER, I.B. - Psychodiagnosis in schizophrenia. New York - London - Sydney, J. Wiley, 1966? 573 p. Ch. 16, Borderline and pseudoneurotic schizophrenia.

Pour Weiner, borderline et schizophrénie pseudo-névrotique sont deux types de schizophrénie chronique non ouverte, latente. Après une revue de la littérature, revue entachée de quelques inexactitudes et même de quelques erreurs, Weiner propose le tableau clinique suivant:

- a) troubles associatifs primaires fréquemment démontrables seulement dans une situation d'interview non structuré, dans des tests psycho-diagnostiques;
- b) mécanismes névrotiques compensatoires marqués, d'une espèce ou d'une autre;
- c) comportement social superficiellement adéquat;
- d) tendance à ne pas considérer les symptômes comme inhabituels ou étranges.

Il propose de distinguer schizophrénie borderline et schizophrénie pseudo-névrotique. La schizophrénie borderline serait le cadre général dans lequel un pattern névrotique dissimule partiellement des tendances schizophréniques alors que la schizophrénie pseudo-névrotique serait une forme spécifique de troubles borderline marquée par l'utilisation défensive et simultanée d'une gamme de patterns de comportements névrotiques. Aux tests, le borderline et le pseudo-névrotique réussissent de façon satisfaisante la Wechsler (épreuve structurée); par contre, le Rorschach et le dessin de personnage présentent des signes schizophréniques; enfin, ils acceptent leurs réponses déviantes et peuvent en parler sans anxiété. Par opposition, le schizophrène avéré ne peut réussir la Wechsler, tandis que le schizophrène incipiens ne peut accepter les réponses déviantes qu'il fournit au Rorschach.

WEINGARTEN, L.L. and KORN, S. - Pseudoneurotic schizophrenia. Psychological findings. Arch. Gen. Psychiat. **17**, 448-453, 1967.

La schizophrénie pseudo-névrotique typique (qui représente aux yeux des auteurs 3 % des patients d'un service de psychiatrie) peut être identifiée comme une entité clinique caractérisée par un faisceau de traits, de styles de vie, d'expériences «historiques» énumérés comme suit:

1. Une bonne façade sociale avec un comportement plaisant, approprié;
2. Succès académique et réussite professionnelle, bien que parfois instable;
3. Désordre sous-jacent de la pensée se manifestant clairement dans les processus primaires de pensée;
4. Réactions affectives forcées ou artificielles;
5. Etat relativement permanent de tension dans la situation de tests;
6. Acceptation égo-syntonique des troubles de la pensée, mais non du manque d'adaptation sociale;
7. Profusion de défenses non intégrées, névrotiques et psychotiques.

Les auteurs ont soumis 10 schizophrènes pseudo-névrotiques à la batterie de tests suivante: Benden, Dessin de personnages, Rorschach, WAIS, TAT, et un test bref de complétement de phrases.

La conservation d'une efficience intellectuelle et d'une façade sociale relativement satisfaisante se traduit au Rorschach par une haute productivité, par un contact adéquat avec le réel, par un bon contrôle formel, par la présence de réponses kinesthésiques correctes; les contenus sont variés, les déterminants riches et multiples. Le caractère superficiel des relations sociales peut s'exprimer par l'usage arbitraire et malhabile de la couleur.

L'ingérence des processus primaires se manifeste par des réponses absurdes, fabulées, confabulées, contaminées. Les associations sont rapides, fluides, arbitraires et bizarres. Leur contenu est «pathologique» et met à jour des impulsions instinctuelles indistinctes, des préoccupations sexuelles, agressives et des fixations pré-génitales. Le fonctionnement mental est peu harmonieux et perturbé (blocage, temps de latence variables et longs, réponses peu structurées). La vie fantasmatique est particulièrement riche, les «fantaisies sexuelles, chaotiques» en constituent une part non négligeable et s'expriment, entre autres, dans la perception «d'organes de corps morcelés». «Les fantaisies sadiques, sanglantes, les images agressives, les références directes ou implicites à l'acte sexuel peuvent constituer une large proportion des réponses... Un autre contenu fréquent que nous avons noté, poursuivent les auteurs, est la perception d'objets d'habillement intime comme si le besoin sexuel sous-jacent était faiblement habillé d'une façade de conformité sociale». Par ailleurs, les réponses fœtus, embryon, siamois, estomac sont à mettre en relation avec le besoin de dépendance symbiotique.

Enfin, «la variété et l'alternance des mécanismes de défense, indiquant un répertoire riche de manœuvres pour protéger un Moi fragile, est un fait majeur de ce groupe diagnostique, et un des plus parlants pour différencier cette forme de schizophrénie des autres formes». Les signes d'angoisse sont nombreux.

WOLBERG, A.R. - The «borderline» patient. Amer. J. Psychother. **6**, 694-710 (1952).

WOLBERG est une des premières à revendiquer l'originalité de la personnalité borderline. Sa conception est dynamique et proche de celles de Federn, Fenichel, Eisenstein. En effet, WOLBERG écrit: Le patient borderline «est toujours en train de lutter pour une quelconque forme d'ajustement névrotique». Elle tente de distinguer le borderline d'abord du psychotique, ensuite du névrosé. Alors que le psychotique possède un système délirant systématisé et peut souffrir d'hallucinations, le borderline peut avoir des impressions paranoïdes fréquentes mais fluides. Il peut avoir occasionnellement des sensations perturbées, mais pas d'hallucinations; le testing de la réalité est maintenu en dépit de difficultés temporaires fréquentes; son angoisse de séparation est intense et son agressivité importante. Alors que le névrosé réussit une sorte de stabilité autour d'un ou plusieurs mécanismes névrotiques bien établis, le borderline ne parvient pas à structurer une défense stable et tente constamment de regagner son homéostasie en passant d'une défense à l'autre. Sur le plan psychodynamique et psychopathologique, WOLBERG décrit un cycle répétitif de comportements et de sentiments dans lequel le sado-masochisme tient une part essentielle:

1. Interprétation habituellement sado-masochiste des relations interpersonnelles. Un tel patient est fixé à une relation parents-enfants dans laquelle il prend quelquefois le rôle de l'enfant et quelquefois le rôle des parents;
2. Les relations interpersonnelles sont aussi marquées par le désir d'être conforme, d'être le « bon enfant ». Cela est accompagné par un sentiment de rébellion, un sentiment négativiste de ne pas vouloir obéir;
3. Le borderline a un constant besoin de considération, de notification particulière et de récompenses constantes, par conséquent, il est constamment insatisfait;
4. Le désir fondamental de se conformer aux désirs et attitudes d'une autre personne étant le centre de son comportement, le borderline se sensibilise lui-même à un degré exagéré aux expressions verbales et non verbales de cette autre personne;
5. Dans pratiquement toutes les relations interpersonnelles, le patient a besoin de nier les facteurs positifs qu'il possède, comme si avoir une considération positive vis-à-vis de lui-même impliquait le non-respect des autres, c'est-à-dire une hostilité destructive à l'égard des autres;
6. La négation masochiste de soi est accompagnée de sentiments « éthérés », souvent érotisés et décrits comme d'une grande qualité (par exemple, sentiment d'identité au Christ);
7. Sentiment inévitable d'être laissé pour compte par les autres personnes ou par la vie elle-même;
8. Alors viennent les sentiments d'échec, de désespoir, de solitude, d'inaptitude, de vanité, comme s'il avait été sadiquement rejeté, expulsé ou abandonné par les parents;
9. Inévitablement, la réaction hostile vient à l'avant-plan, accompagnée de profonds sentiments de culpabilité. Cette agressivité peut être intériorisée et donner naissance à des plaintes psychosomatiques;
10. Il y a alors approfondissement de la réaction de culpabilité, de la dépression et de l'auto-punition sado-masochiste;
11. Finalement, il y a plus d'anxiété, plus de dépression et plus de détachement. Après une brève période de réorganisation et de « repos », le cycle recommence.

WOLBERG envisage aussi les origines génétiques de ce type de personnalité, origines qu'elle considère pré-oedipiennes. Elle insiste beaucoup sur l'importance de la mère, à la fois comme organisatrice de la famille et à la fois en temps que mère à proprement parler.

ZEC, N.R. - Pseudoschizophrenic syndrome. *Psychiatria et neurologica*, **149**, 197-209 (1965).

«L'auteur a isolé et étudié séparément des groupes de patients dont le tableau clinique quoiqu'identique à celui qui est générale-

ment rencontré dans les cas de schizophrénie, en différait cependant au point de vue de leur pathogénie et de leurs manifestations. Ces cas furent qualifiés de syndromes pseudo-schizophréniques. A l'inverse du tableau clinique de la schizophrénie idiopathique, qui généralement se produit à l'état de veille, le tableau du syndrome pseudo-schizophrénique présente la caractéristique fondamentale d'apparaître à l'état hypnoïde:

1. Pseudo-schizophrenia épileptoïdes qui rassemble tous les cas dont le tableau schizophrénique disparaît après traitement anticomitial,
2. Pseudo-schizophrenia neurotica: ces patients conservent un certain contact et une certaine chaleur affective; ils sont accessibles à la psychothérapie,
3. Pseudo-schizophrenia symptomatica: par exemple, post-traumatique ou post-encéphalitique; traitement adapté à l'étiologie.

ZUCKER, L. - The psychology of latent schizophrenia. Based on Rorschach studies. *Amer. J. Psychother.*, **6**, 44-62 (1952).

ZUCKER, parlant de schizophrénie latente, met dans le même sac la schizophrénie latente, la schizophrénie incipiens et les borderline. ZUCKER dénombre 15 traits qui doivent évoquer la schizophrénie latente:

1. Perte minimale du contact avec la réalité en opposition avec les grosses distorsions du réel dans le processus schizophrénique actif;
2. Manque de «conventionnalité»: peu de banalités, associations bizarres, maniérisme;
3. Manque d'énergie mentale;
4. L'anxiété est presque toujours présente; elle est plus importante dans la schizophrénie latente que dans les phases détériorées de la maladie. L'anxiété psychotique est moins systématisée, plus diffuse, moins focalisée et plus flottante que l'anxiété névrotique;
5. Refuge dans le rêve;
6. Eloignement de la réalité avec, parfois, vagues sentiments de dépersonnalisation. Cela peut se traduire par des réponses masque, ange et diable, etc...
7. Hypochondrie;
8. Affaiblissement de l'attitude interprétative;
9. Idées de référence;
10. Projection de l'hostilité interne sur le monde extérieur, sur un mode paranoïde;
11. Projection de l'asymétrie: les deux parties identiques de la tache sont perçues différemment, par exemple, un patient peut voir une femme voilée à droite et à gauche, un homme barbu;
12. Thèmes religieux;

13. Sexualité chaotique: elle peut se manifester par des préoccupations exclusivement sexuelles mais aussi par un manque de sens social à propos de la sexualité ou encore par la façon très directe avec laquelle ses réponses sont données. Les fantasmes possèdent fréquemment une coloration sado-masochiste;
14. Homosexualité et surtout, confusion dans l'identité sexuelle;
15. Retrait vis-à-vis des autres avec, parfois, hypersensibilité et sensibilité.

GUYOTAT, J. - Les schizophrénies. Monographies médicales et scientifique, **15**, no. 108, 1963.

Le terme «pseudo-névrotique» est réservé aux formes névrotiques (hypocondriaque, obsessionnelle, phobique, hystérique) d'entrée dans la schizophrénie.

Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale

ouvrage de R. MUCCHIELLI
résumé par H. COLLON

Bruxelles - DESSART - 1973 303 pp.

Les philosophes de l'Existence ont l'ambition de connaître l'homme dans sa totalité et sa singularité, en rejetant tout a priori scientifique, psychologique et métapsychologique. DILTHEY (1833-1911) attire l'attention des chercheurs sur l'importance du contexte vécu actuel. HUSSERL (1859-1911), en prenant comme point de départ la suspension de tout jugement, étudie le sens des problèmes humains, en se refusant d'en donner une interprétation et de vouloir y découvrir une signification cachée. L'ego transcendantal permet d'établir les communications entre les êtres, au-delà des particularités de chacun: l'ego empirique. HEIDEGGER (né en 1889), avec le concept du Dasein (être là), expose les propriétés majeures de l'homme: capable de dire Je, il vit dans le temps par le projet qui lui confère liberté et créativité. Situé dans le monde, le mit-sein, il se débat dans le Souci. L'être-au-monde ne correspond pas à l'étude objective des propriétés de l'environnement. Il ne s'agit pas de rechercher un modèle écologique. L'univers de l'homme sera toujours centré sur lui-même. Il échappe sans cesse à nos descriptions, à nos classifications scientifiques par le dynamisme créatif des forces libératrices amoureuses et aussi par son intrinsèque subjectivité.

En réaction et souvent en opposition avec les théories freudiennes, Ludwig BINSWANGER (1881-1966), Eugène MINKOWSKI (né en 1888) et d'autres appliquèrent ces nouvelles conceptions à l'étude et à l'observation des malades mentaux. Sur le plan général,