

# Traitement ambulatoire des patients borderline

Christa ROHDE-DACHSER\*

Traduit de l'anglais par Georges GABRIS

## RÉSUMÉ

Après avoir noté les points spécifiques par lesquels la thérapie du patient borderline se distingue de celle du patient névrotique, l'auteur précise l'aménagement particulier et spécifique que nécessite la prise en charge ambulatoire du patient borderline.

## SUMMARY

After describing the specific aspects distinguishing the therapeutic process of borderline patients from neurotic patients, the author describes the specific setting needed for successful out-patient treatment.

## MOTS-CLÉS

Spécificités des patients borderline comparés aux patients névrotiques — Contrat initial — Erreurs thérapeutiques — Utilisation de la confrontation.

## KEY-WORDS

Aspects distinguishing borderline patients from neurotic patients — Initial contract — Therapeutical errors — Use of confrontation.

### 1. Caractéristiques spécifiques de la thérapie de patients borderline comparée aux névroses

Il existe principalement cinq aspects par lesquels les patients borderline se distinguent de patients névrotiques :

1. Leurs défenses fonctionnent principalement sur un niveau archaïque, c'est-à-dire le clivage, la projection et le déni. De plus, les fonctions importantes du Moi sont souvent suspendues dans l'intérêt de la défense.
2. Tandis que les patients se présentent sans particularité dans une situation clairement structurée, l'exposition à une situation non structurée (comme un test de Rorschach, par exemple) peut conduire facilement à la désintégration du processus de la pensée telle qu'elle est décrite habituellement seulement chez les patients psychotiques.
3. Particulièrement lors de moments de crise, ces patients tendent à des actes auto-agressifs, comme

l'automutilation, des actings suicidaires et des mouvements de violence.

4. Leurs relations d'objet sont d'une configuration primitive et partielle, tandis que la réalité d'un objet total n'est perçue que vaguement. Ceci s'applique aussi pour la relation thérapeutique.
5. Contrairement au patient névrotique, les représentations ne sont pas refoulées, mais essentiellement de nature préconsciente ou consciente.

Comme indiqué par ces caractéristiques de la personnalité, les patients borderline ne supportent pas, dans la règle, une thérapie pouvant conduire à la régression dans un setting peu structuré ou une thérapie qui se concentre sur l'analyse des conflits inconscients et les désirs pulsionnels. Autrement dit, l'analyse classique n'est pas indiquée pour ces patients. La phrase de Freud «où était le Ça, deviendra le Moi» se base sur l'idée d'un appareil psychique pleinement développé et bien structuré avec une division nette entre le Moi et le Ça.

Ce sont, par définition, ces éléments qui manquent à l'organisation borderline. Ceci est, peut-être, l'une des

\* Professeur à l'Institut Psychanalytique de l'Université de Francfort, RFA.

raisons pour lesquels les patients borderline rapportent une péjoration lors de psychothérapie antérieure et ceci bien plus souvent que ne le font d'autres groupes de patients lorsqu'ils sont examinés par le « Diagnostic Interview for Borderline-Patients » développé par Gunderson et Kolb. Peut-être est-ce aussi pour ces raisons que ces patients sont rarement vus chez les psychanalystes mais se trouvent très largement distribués chez le médecin généraliste, le psychiatre et les spécialistes de toutes natures qui manquent parfois de qualifications psychothérapeutiques; on les rencontre aussi souvent dans des centres de consultations auprès des assistants sociaux et des groupes variés d'entraide.

Depuis les vingt années écoulées, j'ai été sollicitée pour donner des conseils et superviser des traitements de patients borderline. C'est avec intérêt que j'ai noté que ce sont essentiellement les mêmes problèmes qui font surface et ceci indépendamment de la qualité psychothérapeutique des thérapeutes. J'ai été amenée à appeler ces problèmes « les pièges » de la thérapie borderline que je pourrais aussi qualifier d'erreurs thérapeutiques typiques dans le cadre de la thérapie avec les patients borderline.

## II. Erreurs thérapeutiques typiques dans la thérapie de patients borderline

J'aimerais mentionner certains malentendus et oublis qui peuvent conduire à l'échec :

1. La première erreur est l'idée qu'avec des patients « si sévèrement perturbés », davantage doit être fait et d'une manière plus méticuleuse qu'avec des patients simplement névrotiques. Si le thérapeute est rapidement amené à avoir l'impression qu'il ne fait pas assez pour son patient ou qu'au mieux, son aide n'est que provisoire, cette attitude se transmet au patient et renforce facilement sa conviction de ne pas être pris en charge d'une manière efficace. Ceci se transforme alors en une « self-fulfilling prophecy », qui fournit alors une explication quant au fait que le patient ne s'améliore pas, ou même, se péjore. A l'opposé, personne ne semble se poser la question, à savoir, si la thérapie, du moins cette thérapie particulière, ne représente pas un obstacle pour le patient.
2. Lorsque les thérapies de patients borderline évoluent de manière dramatique, ceci signifie souvent que le thérapeute s'est identifié de manière inconsciente avec l'omnipotence que le patient lui a assignée. Le patient offre au thérapeute une forme primitive d'idéalisation qui le transforme en un objet exclusivement bon et puissant qui possède toutes les ressources nécessaires à effectuer « une cure » rapide et magique. Lorsque le

miracle tarde, le patient est obligé d'imaginer que le thérapeute refuse de livrer ses capacités pour des raisons sadiques ou pire, par simple indifférence. Le patient s'appliquera alors à faire surgir le miracle par du chantage, utilisant toutes sortes d'agissements manipulatoires et auto-agressifs. Le thérapeute ne peut désamorcer cette escalade aussi longtemps qu'il s'identifie secrètement avec les fantasmes de son patient : lui, le thérapeute, aurait dû être capable de réaliser ce miracle, il se sent ainsi inadéquat et coupable de n'avoir pas pu faire ainsi.

3. Au début de ces thérapies qui échouent, il manque habituellement une définition claire des objectifs et des limites de même que des mesures qui doivent, éventuellement, être prises contre la volonté, mais dans l'intérêt du patient.
4. Au contraire, beaucoup de thérapeutes pensent que la sévérité du tableau clinique nécessite que le patient soit traité avec des égards particuliers. Parfois, on peut se demander jusqu'où le thérapeute veut aller. A titre d'exemple, je citerai un thérapeute qui avait suivi un patient borderline pendant de nombreuses années et qui, à plusieurs reprises, avait vu son bureau renversé et la sortie de son garage bloquée par la voiture de son patient. De même, un candidat psychanalyste qui se faisait régulièrement traiter d'idiot et d'imbécile, pensant ainsi démontrer à son patient que son agression ne pouvait le détruire ! Quelques-uns de ces collègues ne dominaient que mal le sentiment de rancune, et bien qu'étant exténués, ne songeaient pas à mettre un terme au traitement.
5. Dans ce type de situation, on voit souvent le thérapeute complètement absorbé par des notions anamnétiques concernant le passé du patient comme s'il pouvait y trouver la solution.  
Ainsi, le superviseur est souvent confronté avec ce que le thérapeute rapporte du passé de son patient, de ses expériences traumatiques et il faut attendre un certain temps avant de recevoir des informations concernant les relations actuelles. On a parfois l'impression qu'il existe un accord tacite entre thérapeute et patient pour ne pas attribuer de signification au présent et à la relation thérapeutique. Ainsi, les événements du ici et maintenant se trouvent en dehors du champ d'attention.
6. Dans beaucoup de cas, le thérapeute avait perdu le contrôle de la situation. Il ne se sentait plus capable de prendre des décisions, ne cessant de se demander ce qu'il pouvait faire ou ne pas faire dans le cadre du traitement, s'il était en train de faire assez et la chose

adéquate... A l'opposé, le patient proférait des menaces suicidaires ou d'autres actes auto-agressifs pour lesquels le thérapeute se sentait responsable.

7. Lorsque l'on essaie de savoir depuis quand la situation se présente ainsi, la réponse est souvent la suivante: «Depuis longtemps, depuis très longtemps», comme si patient et thérapeute avaient perdu toute notion du temps.

J'aimerais, maintenant, indiquer quelques techniques thérapeutiques appropriées pour éviter ces pièges. Essentiellement quatre me semblent devoir être retenues:

- A) le contrat initial;
- B) l'utilisation de la confrontation en lieu et place de l'interprétation;
- C) l'élaboration de manifestations de relation d'objet primitif internalisé;
- D) la clarification des distorsions affectives du patient.

#### A) Le contrat initial

Au début d'une thérapie avec un patient borderline, il est important qu'il y ait un accord concernant les objectifs du traitement, le setting, la fréquence et la longueur des séances et la durée de la thérapie. Il est aussi important de se mettre d'accord sur la manière de traiter des complications, de définir les obligations mutuelles du thérapeute et du patient.

Parallèlement, le thérapeute peut souligner ses limites et mentionner les déceptions à venir dans la thérapie.

Si le patient a eu des expériences passées en matière de thérapie, il est souhaitable d'en parler. Des informations glanées sont souvent significatives et le patient a parfois appris ce qui est favorable et défavorable pour lui. On peut ainsi formuler des questions du genre «de quoi auriez-vous eu besoin?» ou bien «de quoi avez-vous besoin maintenant?» Habituellement, le patient est incapable de répondre, n'ayant tout simplement pas l'habitude d'être questionné ainsi. Quelques patients borderline, par exemple, ne sont qu'à la recherche d'une certaine forme de sécurité et n'ont pas d'objectif thérapeutique plus ambitieux. Il me paraît important que les patients puissent éventuellement exprimer leurs désirs et qu'ils soient, le cas échéant, respectés.

Au début d'une thérapie, les patients devraient aussi être avertis au sujet des complications éventuelles, ainsi, une augmentation temporaire des tendances toxicomaniaques ou d'autres actes auto-agressifs. Dès le début de la thérapie, il est important de négocier un accord

concernant la médication, les hospitalisations temporaires ou d'autres mesures médicales.

#### B) L'utilisation de la confrontation en lieu et place de l'interprétation

Du fait que les représentations activantes des réactions de défense ne sont pas refoulées, mais accessibles à la conscience, chez les patients borderline, la confrontation remplace l'interprétation (l'interprétation s'adressant au matériel inconscient, tandis que la confrontation est destinée au signe préconscient et observable du fonctionnement conflictuel). Dans la thérapie avec les patients borderline, la confrontation vise essentiellement les mécanismes de défense archaïques du patient, plus particulièrement *le clivage, la projection et le déni*.

*Confrontation avec le déni.* Elle sous-entend l'explication des attitudes contradictoires dans le comportement du patient et dont il n'est pas conscient.

Ainsi, je pourrais, par exemple, dire: «Vous venez me voir parce que vous attendez quelque chose de moi; en même temps, vous faites tout ce que vous pouvez pour m'empêcher de vous parler.» En résumé, le travail consiste à établir des ponts entre des états dissociés du Moi, en quelque sorte, introduisant à la place du «ou», le «et». «Ainsi donc, ceci fait *aussi* partie de votre caractère.» «Ainsi, vous êtes quelqu'un qui aime *et* hait.» Ce sont là des interventions typiques dans ce contexte. Ces interventions visent à unir les images du self et de l'objet qui ont, jusqu'alors, été soigneusement séparées, aidant ainsi le patient à acquérir un sens de *complétude*.

*Projection.* Les mécanismes de projection nécessitent de confronter le patient avec la perception altérée de la réalité et plus particulièrement du thérapeute. «Comment c'est en réalité?» est l'intervention habituelle. Parfois, on peut inviter le patient à essayer de se mettre à la place d'autrui dans le but d'expérimenter la *réalité* interne de l'autre personne au lieu de donner dans la distorsion de la projection.

La confrontation du patient borderline avec le *déni* constitue une partie essentielle de son traitement. Ceci s'applique surtout au déni des conséquences d'un acte, particulièrement les conséquences d'un acting auto-agressif qui est si typique de ces patients. Quelquefois, le thérapeute doit *intervenir activement* pour protéger le patient des conséquences de ses agissements jusqu'à ce qu'une confrontation puisse se faire. Une intervention empathique du style «je me fais du souci pour vous» est un exemple d'une telle confrontation.

*Le déni de la dimension temporelle.* Dans la thérapie avec les patients borderline, elle nécessite une approche similaire de même que la tendance à la dévaluation ou du déni de la relation thérapeutique ou même du thérapeute

en tant qu'être humain dans l'interaction du «ici et maintenant».

La confrontation est aussi nécessaire pour sensibiliser le patient à la *contradiction entre sa communication verbale et non verbale*.

La communication non verbale nécessite une attention particulière dans la thérapie de patients borderline, du fait que les schémas relationnels primitifs internalisés, activés en situation thérapeutique, ne s'expriment habituellement que par le canal de la communication non verbale. Souvent, le thérapeute n'a accès à ces phénomènes que par l'observation de ses propres réponses émotionnelles aux communications contradictoires du patient. La connaissance de ce type de contre-transfert est ainsi un élément important, pour ne pas dire indispensable, dans le cadre de la thérapie avec des patients borderline.

### C) L'élaboration des relations d'objets primitifs internalisés

#### a) Vignette

Ici, j'aimerais présenter une séquence issue de la thérapie avec un patient borderline dans le but d'expliquer ce qu'on entend par l'internalisation de relations d'objets primitifs.

La patiente est une femme d'un certain âge avec une organisation borderline de la personnalité que je suis depuis quelques années. Ses premiers mots, en s'asseyant, et en se laissant aller dans un fauteuil confortable sont: «Je me suis portée assez bien depuis la dernière fois que je suis venue chez vous... Finalement, j'ai de nouveau eu un réel dialogue avec mon mari et je pense que tout se présente pour le mieux...»

Ma première réaction a été celle de satisfaction face à l'amélioration de ma patiente, et par la suite, je me sentais de plus en plus ennuyée, voire irritée, parce que la patiente, tout en me remerciant, affichait une mine triomphaliste comme si elle avait remporté une victoire secrète sur moi. Je n'arrivais pas à comprendre le sens de sa mimique. Le message verbal «merci» associé à l'expression non verbale «j'ai gagné» produisait en moi une importante dissonance cognitive et émotionnelle qui confinait à l'irritabilité. Je la confrontai alors avec la contradiction existant entre ses mots et son apparence, en disant: «Vous me remerciez pour ce que je vous ai donné et en même temps, vous me regardez comme si vous aviez remporté une victoire et que vous étiez en train de la savourer secrètement.» La patiente était alors capable de reconnaître la contradiction, ce qui lui avait clairement échappé auparavant.

Après avoir réfléchi, elle rapporta se sentir comme, en d'autres occasions, lorsque en tant que petite fille, son

père l'humiliait de façon sadique. Extérieurement, elle se soumettait alors, mais tout en se retirant dans un monde fantasmatique où elle se sentait en sécurité et où elle pouvait se rebeller face à son père, par la pensée, «si seulement tu savais!».

La confrontation avec le vécu thérapeutique, c'est-à-dire avec le fait d'avoir reçu quelque chose de précieux venant de la part du thérapeute, avait activé des sentiments de dépendance à mon égard (et à l'égard de son mari), donc, des sentiments de dépendance à l'égard d'un «bon objet» avaient automatiquement activé des fantasmes primitifs du type: l'objet sadique tourmente la victime dépendante qui se retourne et se moque secrètement de son bourreau, se transformant ainsi en vainqueur. Autrement dit, la patiente se défendait de la relation avec «un bon objet» en activant un objet sado-masochiste qui, sur le moment, était vécu comme réel. Ainsi, il lui devenait impossible de profiter réellement de la bonne relation. En lieu et place, elle communique avec «le mauvais objet» fantasmé: «tu n'arrives pas à me toucher.»

#### b) La gradation des relations d'objet internalisé

Le changement rapide de relation d'objet est typique des patients borderline et de la thérapie avec ces patients. Fréquemment, ceci n'est pas perçu de manière consciente et ainsi difficilement perceptible par la seule communication verbale du patient. Dans notre cas, les deux types de relations s'expriment par deux canaux de communication différents (en tant que signaux verbaux et visuels). Cependant, seulement un des deux est représenté mentalement; car sans cela, le patient serait conscient des contradictions (comme je l'étais) et pourrait éventuellement entrer en matière à ce sujet. Cependant, ceci n'a précisément pas lieu dans le cadre des thérapies avec des patients borderline. Au contraire, le patient borderline se défend contre une relation objectale conflictuelle en activant une autre, porteuse d'une qualité affective antagoniste (clivage). Ceci est fait dans le but de se protéger devant des conflits archaïques impliquant l'agression, l'envie et l'angoisse existentielle d'annihilation qui y sont associées.

Ma patiente s'était probablement «échappée» de la gratitude pour se réfugier dans une relation sado-masochiste fantasmée parce qu'elle réalisait qu'elle avait besoin de moi (ou de son mari) et qu'elle pouvait recevoir quelque chose de précieux. Ceci semble avoir induit, non seulement des sentiments destructeurs, mais aussi le désir d'exercer un certain contrôle sur ces objets «puissants», mais en même temps, «avares». Ainsi, elle évita d'en devenir dépendante, une dépendance perçue, vue son passé, comme celle à un objet sadique qui lui refuse ce dont elle a besoin ou, pire, comme une «dépendance sans ressource» comme mentionné par Khan.

En thérapie, avec les patients borderline, l'espoir et la quête du bon objet alternent régulièrement avec la dénigrement et la dépréciation de ce même objet. *Pour le thérapeute, il ne suffit ainsi pas d'avoir simplement une réaction empathique avec les changements de l'état de l'humeur.* Au contraire, il doit se trouver dans une position d'où il peut observer ces variations pour les commenter et les rendre accessibles à la discussion. Pendant ce type de thérapie, le patient passe par différents stades de ces relations d'objets internalisés qui se présentent toujours comme étant des relations primitives et des relations d'objets partiels dyadiques. Ainsi, elles ne reproduisent pas la véritable relation d'objets de l'enfance, mais plutôt des aspects biaisés et modifiés par l'aspect projectif. Ainsi, il se fait que le thérapeute se voit attribuer des rôles différents qui se succèdent souvent de manière rapide. Ce qui est important, c'est de noter que la *configuration de base reste toujours la même*: un *sujet* lié à un *objet* (qui représente le plus fréquemment la figure parentale) par un *affect* particulier qui détermine le type de relation. Les relations d'objets internalisés qui constituent le psychisme sont formées selon ce schéma.

Ceci signifie fondamentalement *qu'aucun affect ne peut exister sans son concept correspondant de la relation et que, à l'opposé, aucun concept de la relation ne peut exister sans son affect correspondant.*

Au niveau des relations d'objets partiels, les objets sont toujours ou «*totale-ment bons*» ou «*totale-ment mauvais*» et apparaissent en co-relation avec les images du self «*totale-ment bon*» ou «*totale-ment mauvais*». Les affects avec lesquels ils sont associés sont similairement polarisés.

#### c) L'identification des relations d'objets primitifs internalisés

Ce n'est que rarement que toutes les composantes d'une telle relation d'objets partiels s'expriment dans le champ de la conscience. La tâche essentielle, dans le cadre d'une thérapie avec des patients borderline, est d'explorer les manifestations de ces relations d'objets primitifs dans le cadre de la relation thérapeutique et à l'extérieur et d'élucider leurs configurations avec toutes les *trois* composantes permettant ainsi d'examiner les concepts en relation avec la relation d'objets sous-jacente à la lumière de la réalité.

Si nous acceptons la formulation de Blanck et Blanck (1974) comme quoi le point de vue du patient est toujours juste, mais qu'il est parfois difficile d'avoir accès à ce point de vue, nous pouvons, habituellement, déduire une relation d'objets particulière en tenant compte de l'affect qui y est corrélié. En me référant encore une fois à l'exemple de ma patiente, cette patiente avait sûrement raison

de se montrer triomphante et de démontrer son invulnérabilité si j'avais, effectivement, réagi à ses désirs avec de la moquerie et du rejet comme son père l'avait fait. Mais je n'étais pas son père, ni un objet sadique comme lui l'avait été, ce que la patiente avait rapidement admis après confrontation. Ainsi, beaucoup des manipulations suicidaires et autres actes désespérés pour attirer l'attention chez les patients borderline, apparaissent non seulement comme compréhensibles, mais pleinement justifiés si le thérapeute était vraiment cette figure omnipotente telle que ces patients se l'imaginent dans leurs fantasmes. La comparaison de ces imagos omnipotentes avec le véritable Dr X, révèlent régulièrement l'inutilité tragique de ces actes basés comme ils le sont sur une erreur d'identité.

Lorsque je travaille avec des patients borderline en groupe, j'utilise souvent une technique de psychodrame dans le but d'illustrer ces relations d'objets internalisés en les externalisant au moyen du «*sculpting*» ou d'une technique similaire. Lorsqu'un patient examine ce qu'il a créé, par exemple une scène où un homme adulte est agenouillé par terre, étendant ses bras dans un geste de supplication vers une femme debout devant lui dans une attitude de rejet, alors, le patient peut lui-même voir le schéma interne selon lequel il structure ses relations. Souvent, il est alors en mesure de questionner l'adéquation et parfois, on peut assister au fait qu'il modifie sa «*sculpture*» pour montrer la relation désirée. Il a ainsi découvert une alternative et une possibilité de s'échapper de la situation sans issue dans laquelle il était immobilisé, même s'il ne s'agit, pour le moment, que d'un niveau intellectuel.

#### d) La clarification des distorsions affectives du patient borderline

Le succès de la stratégie décrite dépend largement de la capacité cognitive du patient et de sa capacité par rapport à l'épreuve de réalité. Indépendamment, cependant, de ces capacités, ils peuvent échouer là où un schéma particulier de relation d'objets est d'une grande importance pour le fonctionnement actuel du patient et pour le maintien de sa structure psychique. Pour ces patients aussi, l'absence de sens de la relation d'objets fantasmés peut devenir apparente lors de la confrontation, seulement, l'affect qui y est corrélié peut se maintenir avec une intensité maintenue, ce qui conduit souvent au désespoir du patient.

En thérapie avec les patients borderline, ce sont plus particulièrement les affects de rage et de haine qui montrent la plus grande résistance à la thérapie, ce qui paraît, dans un premier temps, difficilement explicable. Selon Kernberg, la haine serait à comprendre comme de «*la rage liée*». Une définition que je trouve fort utile. La rage flottante sans un objet clairement défini et sans cause, peut être aussi difficile à supporter que l'angoisse flottante et «*sans nom*».

Le fait de se concentrer sur la rage en tant que haine dirigée envers quelque chose aurait, à ce moment, un effet libérateur comme la transformation de l'angoisse flottante en la *peur* de quelque chose, ainsi la phobie, par exemple. Nous savons que lorsque l'on questionne des patients phobiques concernant la raison de leur peur, ils ne peuvent que décrire un sentiment *substitutif*, plus particulièrement leur angoisse *phobique* (Mentzos). L'affect original a disparu dans le symptôme et n'est plus présent. On peut éventuellement y voir une analogie lorsqu'un patient borderline est incapable, dans une situation similaire, de décrire la cause de sa haine ou la raison pour laquelle elle persiste. Quelle que soit la valeur de ses explications, il n'en reste pour moi, qu'il s'agit d'une reconstitution qui sert à rationaliser l'affect sans pénétrer jusqu'à son actuelle source. Dans ces cas, son but est d'explorer l'origine de l'affect et, en lieu et place, c'est son *fonctionnement* au sein de l'appareil structure du patient qui devrait être investigué.

Rage et haine peuvent servir à une *fonction d'écran* (Greenson, Rohde-Dachser). Un tel affect est mobilisé dans le but de masquer un autre plus chargé en conflit. L'affect conflictuel (par exemple, le sentiment de l'ennui pour quelqu'un) est activé seulement pour un bref moment, juste le temps nécessaire pour mobiliser l'affect de rage (Krause) qui remplit ainsi la fonction d'écran. Ceci doit alors être maintenu et même intensifié jusqu'à ce que le «danger» soit passé.

La rage peut aussi remplir la fonction de préservation de la ligne de démarcation psychique lors de relations interpersonnelles proches. Ceci peut être observé chez les enfants, plus particulièrement chez le bébé, lorsqu'il se détourne fâché de la mère, se protégeant ainsi de l'envahissement par l'affect de l'objet adulte (Krause). A cause de leur identité typiquement diffuse, les patients borderline sont particulièrement vulnérables à l'identification primaire avec un objet proche, cause de désintégration des limites du Moi.

Dans mon expérience, la rage a souvent une fonction régulatrice avec ces patients qui maintiennent, par ces moyens, les autres à distance de sécurité quelque peu comme un bouclier les protégeant contre le danger omniprésent de l'invasion du Moi.

Comme Krause l'a mentionné, la rage peut aussi garantir une illusion de supériorité par rapport aux objets. Ainsi, contrairement à la peur, de la puissance est attribuée au self et pas à l'objet. La rage se manifeste alors en conjonction avec des fantasmes correspondants d'omnipotence et protège contre des sentiments d'anxiété et de vulnérabilité, empêchant ainsi ces sentiments d'atteindre le champ de la conscience aussi longtemps que le patient maintient ses sentiments de rage.

Encore une fois, dans beaucoup de cas, la rage et la haine peuvent contribuer à donner l'impression d'être

vivant. Pour quelques patients, elles représentent un barrage existentiel nécessaire contre des sentiments de vide, de pétrification et même de mort.

Finalement, les sentiments de rage et de haine facilitent l'évitement de sentiments de culpabilité qui, dans mon expérience, sont particulièrement chargés en éléments conflictuels chez les patients borderline et qui peuvent conduire à des actings suicidaires sérieux durant la thérapie. Ceux-ci se manifestent régulièrement lorsque le patient devient momentanément capable de dépasser le clivage, étant ainsi capable de voir l'objet en tant qu'un tout, lui faisant ainsi réaliser tout ce qu'il doit à cet objet et à quel point il l'a maltraité. La réalisation de ceci peut instantanément activer un Surmoi qui est si sadique et condamnant que le suicide en est la conséquence. Ici, j'aimerais souligner l'importance de cette situation, mais aussi la nature temporaire de la crise.

L'affect de vide si fréquemment décrit chez les patients borderline, à savoir les sentiments de vide, peut aussi fonctionner dans le sens d'un substitut.

En quelque sorte, il s'agit là d'un paradoxe. L'affirmation «je me sens vide» décrit un sentiment qui, pris au pied de la lettre, est vécu comme une déficience indiquant que le sujet est donc capable de ressentir quelque chose.

En cours de thérapie, ce «vide» est souvent comblé par des images ou des sons avant d'être finalement remplacé par l'effect qui a été écarté. Les sentiments de haine peuvent alors devenir évidents, de même que des sentiments de désir et de deuil. Désir et deuil, cependant, sont des sentiments qui, entre autres, servent en tant que signaux dans le but d'avertir ou de maintenir les bons objets (Krause) qui sont un besoin existentiel pour le borderline qui ressent de la panique à l'idée d'être seul. C'est précisément cette fonction de signal qui manque dans les affects si typiques au borderline, plus particulièrement la rage et l'anhédonie. Au contraire, ces signaux induisent plutôt un éloignement de l'objet.

C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles les patients borderline sont perçus comme manipulateurs et hostiles dans leurs relations interpersonnelles: ils n'ont pas appris, ou ont éventuellement oublié, les signaux adéquats pour gagner autrui et pour se l'attacher. Ceci voudrait alors dire qu'en lieu et place des affects tendres et de la chaleur par laquelle le désir pour autrui s'exprime habituellement, ces patients ressentent de la rage ou du vide lorsqu'ils sont confrontés à une situation de conquête ou de maintien d'un objet. Ceci me semble constituer un des aspects majeurs responsables de la confusion qui se fait jour de manière recourante dans la thérapie des patients borderline.

Peut-être est-il exagéré de dire que la thérapie devrait aider les patients borderline à apprendre à aimer. Quoiqu'il en soit, un des objectifs dans ce type de thérapie pourrait être d'aider le patient à être capable de ressentir

quand il veut aimer et d'être en position de signaler ce désir de manière adéquate au lieu de devoir l'étouffer

dans la dénigration et la rage. J'aimerais proposer ce point de vue pour notre discussion.

*Adresse de l'auteur:*

Prof. Christa Rohde-Dachser  
Institut für Psychoanalyse der Universität Frankfurt  
Senckenberganlage 15  
D-6000 Frankfurt/Main

## Discussion

(Modérateur: Christian MULLER)

**Ch. Muller:** Merci, Mme Rohde, pour votre exposé si subtil et très dense. Nous commençons donc maintenant la discussion.

**Question:** Votre approche est similaire à celle de Kernberg, à savoir, confrontative, il existe cependant des auteurs, essentiellement des psychologues, qui estiment que la confrontation n'est pas la meilleure façon d'approcher les patients borderline et ils vont même si loin qu'ils affirment que le clivage est un artefact dû au manque d'empathie de la part du thérapeute. De l'autre côté, si on tient compte du point de vue de la psychologie du Moi, quelques auteurs voient l'organisation borderline comme une conséquence de défaut du Moi survenu tôt dans le développement, la première approche devant être celle de la clarification dans le sens de l'information cognitive. Vos idées à ce sujet m'intéresseraient.

Concernant la notion du temps: comme vous l'avez mentionné, il ne faut pas perdre de vue l'élément temporel ni l'oublier lors du contrat initial. Cependant, la majorité des thérapies avec ces patients sont des thérapies au long cours. Je me demande ainsi comment vous pouvez tenir compte, pratiquement parlé, de l'aspect du temps.

**Réponse:** Premièrement, toute présentation revêt toujours un caractère schématique et il est bien entendu que le patient borderline nécessite de l'empathie, comme d'ailleurs tous les autres patients. Il ne faut pas comprendre la confrontation comme une substitution à l'empathie, mais elle peut se faire sans que cela ressemble à une attaque et cela peut aider le patient à sortir de sa confusion et de son désespoir. En pensant à ma patiente, elle ne se sentait pas bien à l'idée que la relation avec moi, de même qu'avec son mari, était constamment perturbée par ce type de comportement; je pense que la confrontation doit aider le patient. Et lorsque je dis confrontation, je ne pense pas qu'il faille toujours le faire par rapport aux aspects agressifs, mais on peut voir dans la confrontation ce que vous avez d'ailleurs mentionné dans la deuxième partie de votre question, à savoir la clarification. La plu-

part de mes patients ne réalisent pas qu'on ne peut, en même temps, aimer et haïr un même objet; quelquefois, c'est une information que je dois leur donner dans le contexte de la confrontation. En ce qui concerne l'agressivité vue comme un artefact en relation avec la confrontation, je pense que nous entendons une autre forme de confrontation.

Votre deuxième question était celle concernant l'aspect du temps dans le traitement de patients borderline. C'est vrai que beaucoup de thérapies de borderline se déroulent au long cours, mais je ne pense pas que cela soit toujours nécessaire, cela dépend énormément des possibilités du service en question et du type d'approche choisi par le thérapeute. Avec quelques-uns de mes patients, nous avons négocié un contrat du type «je serai à votre disposition aussi longtemps que vous en aurez besoin», ceci est un type de contrat qui peut impliquer une durée longue ou courte. La question du temps lors de l'élaboration du contrat initial tient compte de l'objectif de la thérapie et il doit être clairement défini si on tente une intervention de crise ou bien la résolution d'un problème particulier dans le cadre du mariage, par exemple, ou bien encore un changement de l'aménagement existentiel. Je pense donc qu'on doit aussi pouvoir réfléchir en terme d'une psychothérapie brève, aussi chez des patients borderline, et si tel est le cas, il faut en tenir compte lors de l'établissement du contrat initial. Ainsi, il devrait être discuté de ce qui se passera après, ou bien six semaines, une année ou six ans, lorsque la thérapie approchera de sa fin à la lumière des données anamnestiques concernant la notion de perte; dans le sens «comment vivez-vous l'établissement d'une relation qui se terminera à un moment donné?» Peut-être alors que le sujet principal de la thérapie sera celui de la fin de traitement et la capacité du patient de tolérer la séparation. Je pense que cela est possible, mais il faut y penser constamment.

**Ch. Muller:** Vous parlez de la difficulté du patient borderline d'aimer et de haïr à la fois et vous n'avez pas pro-

noncé le mot d'ambivalence, ne pourrait-on pas dire qu'on doit l'aider à faire l'apprentissage de l'ambivalence?

**Réponse:** Je crois qu'il fait partie du concept de base développé par Kernberg, à savoir que le clivage exclut le vécu d'ambivalence; quelquefois, j'ai l'impression que les individus dits normaux ont aussi une difficulté avec l'ambivalence, difficulté qui est peut-être plus clairement marquée chez les patients borderline. Mais il est vrai que d'apprendre quelque chose de négatif au sujet de la femme ou de l'homme que l'on aime, le confronte à des sentiments d'ambivalence et peut-être que la fascination que nous ressentons à l'égard du borderline est en relation avec la gestion de l'ambivalence. Mais pour revenir à votre question, le clivage implique par définition l'incapacité d'éprouver de l'ambivalence.

**Question:** Quels sont les risques que courent les enfants issus de mères borderline?

**Réponse:** Ces enfants-là, spécialement lorsqu'il n'y a pas d'influence modératrice, tendent à développer aussi une

personnalité borderline, ceci n'est pas obligatoire, mais très probable.

**Question:** Vous avez abordé le problème de la culpabilité primitive, tyrannique, mais je ne me rappelle pas que vous ayez abordé le problème de la honte, ça m'intéresserait beaucoup d'avoir votre avis.

**Réponse:** Je ne crois pas qu'il y ait là un problème spécifique à la thérapie de patient borderline et vous trouverez le même problème lors du traitement des personnalités dites narcissiques. Mais il est vrai que le problème de la honte est un élément délicat, mais on peut l'aborder de façon empathique et il n'existe pas, à mon avis, de technique particulière. Il est vrai que l'élément de la honte tend à être caché et on peut intervenir dans le sens «j'ai l'impression que vous ressentez de la honte en ce moment et je vous propose que nous examinions ce que cela signifie pour vous.»

**Ch. Muller:** Je remercie encore une fois M. Kernberg et Mme Rohde-Dachser pour leurs excellentes contributions.