



La Chronique des Marécages

avec la collaboration de Denise Bourgault t.s.



KERNBERG ET LE BORDERLINE

Tout le modèle de Kerneberg peut être compris à partir d'une présentation, passablement dense et complexe cependant, qu'il a faite à l'Académie des Sciences de New York en 1967. La chronique d'aujourd'hui présentera ce travail en s'appuyant sur les schémas des deux pages suivantes, l'évolution normale étant représentée à la page 4 et l'évolution pathologique à la page 5.

STADE I

L'étiologie et la pathologie de l'organisation borderline, selon Kernberg, sont reliées à la phase de séparation-individualisation décrite par Margaret Mahler. De la naissance à l'âge de 3 mois environ, ce sera le **Stade I** où il n'y a pas de distinction entre soi et l'objet, ni de distinction entre bon et mauvais; l'enfant est alors totalement dépendant de l'attachement à la mère et il n'y a pas de différenciation de ce magma affectif combinant les représentations du soi et de l'objet, bonnes comme mauvaises.

STADE II

Par la suite, entre 3 et 6 mois, l'enfant doit traverser la phase symbiotique (**Stade II**) où la distinction se fera d'abord entre la représentation bonne du soi confondue avec celle de l'objet d'une part, et la représentation mauvaise du soi confondue avec celle de l'objet d'autre part. Il n'y a donc pas encore de distinction entre le soi et l'objet, mais uniquement entre les expériences vécues du bon et du mauvais.

STADE III

Mais, graduellement confronté à l'anxiété maternelle et la nécessaire frustration de certains de ses besoins propres, l'enfant en viendra naturellement à reconnaître ensuite deux aspects de la mère, les aspects libidinaux (bons) et les aspects agressifs (mauvais) qu'il maintiendra alors séparés. Il en fera de même avec les représentations de soi, vécues séparément sous le primat de la gratification (bon) et de la frustration agressive (mauvais). Entre 6 et 18 mois environ, c'est alors le **Stade III**, phase dite schizoïde-paranoïde à cause du clivage ainsi effectué et de la projection possible de l'agressivité. Mais les frontières du moi sont alors différenciées et le testing de la réalité adéquat.

STADE IV

Avec la maturation, l'enfant devrait normalement en arriver à réaliser que la mauvaise mère (mauvais sein de Klein) qui le frustre est la même bonne mère (bon sein) qui le gratifie. De même en sera-t-il de sa perception de lui peu à peu unifiée dans ses moments de joie (bonne) et de colère (mauvaise). Mélanie Klein dira alors que, conscient d'avoir détruit par sa haine un objet qu'il perçoit maintenant comme bon, l'enfant devrait pouvoir réparer ses méfaits haineux envers l'objet dont il dépend et qu'il apprécie malgré sa frustration : Le **Stade IV** correspond pour cette raison à la phase de réparation.

ÉVOLUTION TUMULTUEUSE DU BORDERLINE

Si cependant l'enfant devait souffrir au départ

- soit de mauvais parents réellement persécutoires
- soit d'une carence de soins par absence des parents
- soit d'une incapacité constitutionnelle de tolérer l'anxiété et l'agressivité ressentie. (que ce soit par intensité des pulsions ou faiblesse des défenses),

les représentations mauvaises de soi et de l'objet vécues sous le primat de la frustration et de l'agressivité se développeraieent alors de façon disproportionnée aux dépens des représentations bonnes de soi et de l'objet vécues sous le primat de la libido. Ceci constituerait alors un obstacle sérieux à la fusion nécessaire entre les représentations bonnes et mauvaises du soi d'une part et de l'objet d'autre part qui doivent se réaliser pour accéder au **Stade IV** (voir schéma page 5).

En effet, une fusion dans ces conditions ne ferait que précipiter la destruction des bonnes mais fragiles représentations du moi et de l'objet par les mauvaises représentations hypertrophiées par la rage et la frustration. Cet enfant, quoique doué de frontières du moi et d'un testing de la réalité passable, en serait ainsi réduit à demeurer au **Stade III**, clivé et projectif pour le reste de sa vie. C'est le drame que Kernberg croit discerner dans la vie précoce du borderline. Selon lui. (1997, p.51) « aussi longtemps que ces états contradictoires du moi peuvent être maintenus séparés les uns des autres, l'angoisse est évitée ». Malheureusement, ceci empêche aussi le moi de se consolider dans une identité stable et favorise le développement d'une identité diffuse.

Le développement normal selon Margaret Mahler

Volume 8 n° 18

page 4

DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS D'OBJETS INTERNALISÉES

(selon Otto Kernberg)

STADES DU DÉVELOPPEMENT
(selon Margaret Mahler)

PATHOLOGIES ASSOCIÉES
(par fixation ou régression)

STADE I (0-3 mois)

Bon et
Mauvais
à la fois



- autisme infantile
- "affectionless character"

STADE II (3-6 mois)

Bon



- psychoses symbiotiques
- psychoses

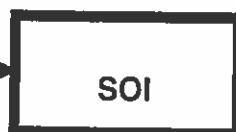
Mauvais



schizophréniques
- personnalités schizoïdes
très sévères

STADE III (6-18 mois)

Bon



- organisations borderline
- personnalités infantiles
- personnalités antisociales

Mauvais



STADE IV (18-36 mois)

Bon et
Mauvais à
la fois



pts névrotiques et normaux
(problématique Kleinienne
classique de réparation)

Le développement du borderline selon Kernberg

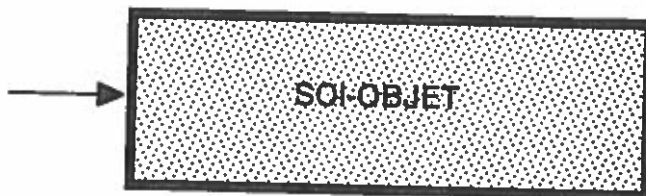
DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (selon Otto Kernberg)

STADES DU DÉVELOPPEMENT

DESTIN PERTURBÉS DES BONNES ET MAUVAISES IMAGES DESOI ET DE L'AUTRE

STADE I (0-3 mois)

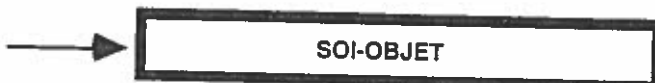
Bon et
Mauvais
à la fois



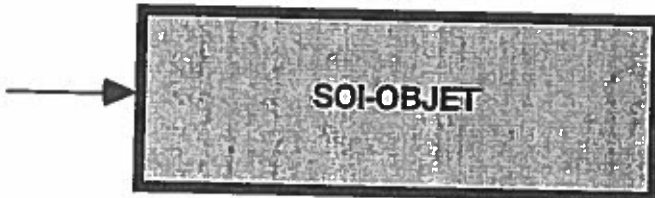
mélange total des perceptions
bonnes et
mauvaises et de
soi et de l'autre

STADE II (3-6 mois)

Bon



Mauvais



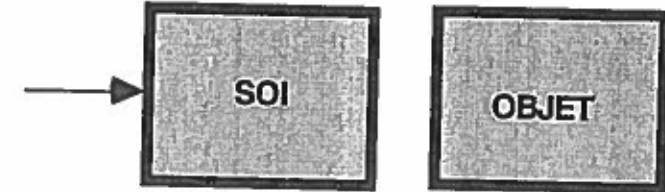
Prédominance marquée
des expériences
négatives dans les
relations entre soi et
l'autre

STADE III (6-18 mois)

Bon



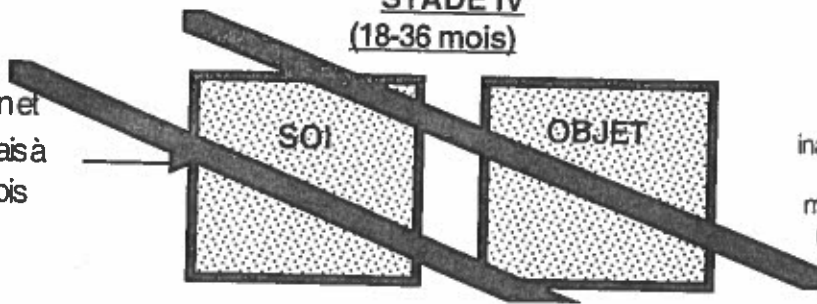
Mauvais



Développement excessifs
des images négatives et
agressives de soi et celles
de l'autre, empêchant
toute fusion des deux et
donc une vision intégrée
de la personnalité

STADE IV (18-36 mois)

Bon et
Mauvais à
la fois



Le stade IV est alors
inatteignable parce que la
fusion d'une image
mauvaise trop forte avec
une image bonne trop
faible détruirait cette
dernière.

Il se produira dès lors un ensemble de phénomènes exprimant à la fois des dysfonctions et des défenses :

- renversements abrupts des sentiments envers autrui et envers soi.

- suridérialisation primitive de l'autre

- projections primitives des identifications et des agressions

- déni des liens émotionnels entre des états affectifs en oscillation constante.

- absence de réelle dépression qui devrait comporter des sentiments de culpabilité, de regret et de préoccupation pour l'objet, ce qui n'est possible qu'après l'accession au Stade IV et la réalisation que l'objet détesté est aussi l'objet aimé, d'où le développement d'une culpabilité authentique comme l'exprime la très belle chanson de Gilles Vigneault citée en exergue de cette page. Or ceci n'est pas possible tant que l'intégration des introjects positifs et négatifs n'est pas réalisée. On parlera donc plutôt ici de *dépression anaclitique* (du grec αναγκλινω: se coucher sur, s'appuyer totalement sur). Il s'agit ici d'une dépression sans culpabilité causée par la perte de l'objet dont on dépend.

- distorsions paranoïdes créant des images d'une mère (ou d'un thérapeute...) dangereuse ;

- faiblesse de l'identité sexuelle ;

- condensation pathologique entre des pulsions pré-génitales (agressives) et génitales (sublimées), conduisant à des comportements sexuels pervers polymorphes.

On peut dès lors comprendre l'extraordinaire pertinence des critères de Grinker (1968) pour diagnostiquer la personnalité limite, et qui ont été présentés dans le CAR 6:5.

1) La rage est l'affect principal

2) Les relations d'objet sont anaclitiques

3) Absence de sentiment constant d'identité

4) La dépression est « vide » et sans culpabilité

Selon Kernberg, l'enfant tentera alors de fuir cet état insupportable dans une triangulation œdipienne précoce et vécue sur un mode très primitif, ce qui expliquerait la coloration œdipienne (hystérique) marquée mais trompeuse que présenteront souvent plusieurs borderlines, en particulier lors des premiers contacts avec le thérapeute (Zetzel 1968).

BIBLIOGRAPHIE

Grinker, R. (1968). The Borderline Syndrome. A Behavioral Study of Ego Functions. New-York, Basic Books.

Kernberg, O. (1967). "Early Ego Integration and Object Relations." Annals New York Academy of Sciences: pages 233-247.

Kernberg, O. (1975). The borderline condition and narcissistic pathology. Aronson.

Zetzel, E. (1968). "The so-called good hysteric." Int J Psychoanalysis 49 : 256-260.



LE GOURMET DES BIBLIOTHÈQUES

Question : Y a-t-il une association significative entre la détection précoce des psychoses et leur évolution ultérieure ?

Réponse : Malgré tout le battage publicitaire fait autour de la détection précoce de la schizophrénie, une étude de Craig dans l'*American Journal* vient de rapporter l'absence de relation entre la précocité du diagnostic et l'issue de la maladie après 24 mois. Une autre indication que les idées à la mode ne doivent pas nécessairement être avalées d'emblée ! Attendons donc d'avoir plus de données !

Craig, T., E. Bromet, et al. (2000). "Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series?" Am. J. Psychiatry 157 (janvier): 60-66.

Question : La répétition des épisodes de dépression majeure aggrave-t-elle le pronostic de la maladie affective ?

Réponse : Une étude ingénieuse de Solomon et coll. dans l'*American Journal* vient de démontrer que oui. Le risque de récurrence diminue à mesure que la durée de la rémission s'allonge. Par contre, le nombre de rechutes est associé de façon significative avec la probabilité de récurrence de la maladie. Chaque rechute augmenterait d'environ 16 % le risque de rechute ultérieure. Plus que jamais Yvon Deschamps avait raison : *Mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade !*

Solomon, D., M. Keller, et al. (2000). "Multiple recurrences of major depressive disorder." Am. J. Psychiatry 157 : 229-233.

Question : Que risque t-on de trouver à la résonance magnétique des noyaux gris centraux d'un enfant souffrant de TOC ? (c.f. CAR 6:2)

Réponse : L'augmentation de volume des noyaux gris centraux confirmerait alors l'hypothèse d'une réaction auto-immune à une infection streptococcique. À suivre. Giedd, J., J. Rapoport, et al. (2000). "MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection." Am. J. Psychiatry 157 : 281-283.