

RECHERCHE

Changer d'état pour survivre: processus borderline addictif

Frédérique Le Montagner^{1,2,*}, Didier Acier¹¹ Université de Nantes, Centre de Recherche en Éducation de Nantes (CREN), Nantes, France² Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Service d'Addictologie, VANNES Cedex* Correspondance : Frédérique Le Montagner, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Service d'Addictologie, 2 rue du Pratel, Site d'Auray, 20 boulevard du Général Maurice Guillaudot, BP 70 555, 56017 VANNES Cedex. Email : frederique.le-montagner@etu.univ-nantes.fr ; frede-riquet.le_montagner@ch-bretagne-atlantique.fr**Résumé :**

Cet article s'inscrit dans un travail général de thèse portant sur les spécificités du lien addictif chez les personnes borderlines. L'étude s'est déroulée dans un service d'Addictologie de court séjour. Ce travail va permettre d'aborder la dynamique des changements brusques précédant les prises de substances psychoactives. Considérer cette notion sous l'angle d'un processus offre une description plus détaillée. Nous avons utilisé le Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G), outil évaluant les dimensions de relations d'objet, qui comprend huit dimensions, notées à l'aide d'une échelle de Likert en sept niveaux. L'échelle 1 "complexité des représentations des personnes" permet l'évaluation de la compréhension de soi ce qui constitue un indicateur sur la capacité des patients à retranscrire leurs vécus psychiques. Les quinze participants de la recherche présentaient tous une addiction et un trouble borderline. Les entretiens phénoménologiques apportent une description psychodynamique des changements brusques en tant que processus et ainsi exemplifient les différentes phases : un état de contrôle, de dissociation « pleine » et d'état narcissisé, de consommation. Cette description instaure une dynamique et ainsi rend la pathologie borderline moins floue plus saisissable pour les patients et pour les professionnels. Cet écrit inclut des définitions jusqu'à présent restées inexistantes derrière des termes flous usités dans la littérature. Il s'avère particulièrement intéressant pour une population ayant subi une double peine : celle des personnes ayant d'une part un trouble borderline et d'autre part une addiction.

Mots-clés : état limite, addiction, changement, processus psychique, dissociation.**Abstract:**

This article is part of a general thesis project on the specific characteristics of addictive behaviour in people with borderline personality disorder. The study was conducted in a short-stay addiction treatment unit. This work will enable us to address the dynamics of abrupt changes preceding the use of psychoactive substances. Considering this concept from a process perspective provides a more detailed description. We used the Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G), a tool for assessing object relations dimensions, which comprises eight dimensions rated on a seven-level Likert scale. Scale 1 'Complexity of representations of people' assesses self-understanding, which is an indicator of patients' ability to transcribe their psychic experiences. All fifteen participants in the study had an addiction and a borderline personality disorder. Phenomenological interviews provide a psychodynamic description of sudden changes as a process and thus illustrate the different phases: a state of control, full splitting and narcissised state, and consumption. This description establishes a dynamic and thus makes borderline pathology less vague and more understandable for patients and professionals. This text includes definitions that have until now remained non-existent behind the vague terms used in the literature. It is particularly interesting for a population that has suffered a double penalty: those with both a borderline disorder and an addiction.

Key words: borderline state; addiction; shifting; psychic process; splitting.

1. INTRODUCTION

1.1. Éléments fondamentaux

Cette publication vise à explorer les spécificités du lien addictif, par une description phénoménologique d'une part et par des explications psychodynamiques d'autre part, chez des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline, en mettant en lumière les processus psychiques sous-jacents aux changements brusques d'état mental.

Les fluctuations d'humeur ont interpellé bien des auteurs [1, p.22] ; [2, p. 1] sans donner lieu toutefois à une compréhension et description détaillées de ces épisodes parfois expliqués par la dissociation [3, p522], [4, p.4] ; [5, p.165], le clivage [6, p.15][7, p.211] ou la dysrégulation [8, p.4].

Les travaux contemporains sur le trouble borderline insistent également sur la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité et la vulnérabilité au passage à l'acte, dimensions particulièrement importantes dans les tableaux associant trouble borderline et addiction. Dans cette perspective, la dysrégulation affective permet d'éclairer la montée rapide de l'intensité émotionnelle, la faible tolérance à certains états internes et le recours possible à des conduites impulsives ou addictives. Toutefois, notre hypothèse est que certaines séquences cliniques décrites par les patients engagent plus qu'un simple débordement affectif, en impliquant une rupture transitoire de la continuité psychique et de la capacité à relier affect, représentation et mise en mots.

L'origine du terme borderline est historiquement attribuée à Hamilton Hugues, en 1884 [9, p.34], [10, p.162]. En effet, nous trouvons cette expression en 1882, dans l'ouvrage « Alienist and Neurologist » : A Quarterly Journal of Scientific sous la plume de Thomas Devison Crothers, sous le titre « Inebriate Criminals, Alienist and Neurologist » où il écrit qu'il existe de nombreux cas à la frontière de la folie, qui parlent et agissent comme les hommes les plus fous, et qui sont inexplicablement vicieux et ivres avec des extrêmes qui se succèdent avec une rapidité surprenante [11, p.78].

S'il est vrai que ces termes sont ceux d'une époque révolue, il est toutefois frappant que Crothers aborde d'un côté cette problématique en relation avec une substance psychoactive et de l'autre une évolution rapide des états émotionnels vers les extrêmes. Cette dynamique des changements brusques précèdent les prises de substances psychoactives est régulière dans la clinique des sujets borderlines et nécessite d'être mieux comprise, notamment en l'abordant sous l'angle d'un processus marqué par des mouvements psychiques.

Leichsenring et al. précisent que près de 50 % des patients atteints de trouble borderline ne répondent pas suffisamment à la psychothérapie, ce qui justifie clairement la poursuite des recherches dans ce domaine. Ces auteurs insisteront également sur l'importance de la réduction de la stigmatisation de ce trouble [12]. D'autres auteurs [13], [14], [15], [16] et de nouveaux ouvrages comme le manuel de Psychodynamique (PDM-II) [17], [18], [19] permettent d'alimenter les domaines de recherche en proposant une description plus contemporaine.

1.2. Contexte théorique

Le terme de changement brusque apparaît plus récemment dans la littérature avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), où nous retrouvons une mention relative aux « changements soudains et spectaculaires » [20, pp.286-287] à la fois dans le critère 2 sur le modèle de relation interpersonnelle instable et intense, et le critère 3 qui concerne la perturbation de l'identité.

Dans son ouvrage "*Borderline conditions and pathological narcissism*", Kernberg écrit que « Une oscillation extrême et répétée entre des concepts de soi contradictoires peut également résulter du clivage. » [21, p.29]. Après avoir commencé à notifier la notion d'oscillation il refait un pas en arrière en revenant sur la notion de clivage. Kernberg rattache la notion de changement à la binarité et notamment au mécanisme « toute-puissance et dévalorisation. » [21, p.33].

Pour De Luca et Estellon, dans « L'acte comme limite » [22, p.157], la conflictualité psychique par son inhibition va amener un traitement bimodal des naissances pulsionnelles qui provoque une oscillation entre l'inhibition et le débordement sans jamais que se mette en place des scénarii régulateurs ou élaborateurs. Lorsque l'activité fantasmatique est inhibée « c'est le vide », lorsqu'elle est projetée elle est la toute-puissance de l'idéal du Moi.

Dumet va plus loin encore dans son propos en écrivant que : « Ces défenses sont destinées à protéger le sujet d'un excès d'expériences émotionnelles excessives, lesquelles sont à penser non seulement d'un point de vue économique (au regard de la force pulsionnelle) que d'un point de vue dynamique (autrement dit, le sens), car elles ont à voir, selon J. McDougall (1989), avec des angoisses archaïques — de natures diverses au demeurant, telles que des angoisses de dévoration, de perte, de vide, de vidage ou vidange, des angoisses d'implosion encore. [23, p.72] ».

Pour leur part, Balier et Prodolet se sont interrogés sur la notion de vide qui semble, à bien y regarder, viscéralement attachée à cette notion d'anéantissement. Dans « Du sacrifice à la toute-puissance. Les préalables de la relation à l'objet », ils se questionnent sur « les racines des processus les plus élémentaires de la vie psychique » [24, p.69]. Ils font alors référence au travail d'André Green à travers la question du « substitut imagé » se rapprochant du travail sur les hallucinations négatives.

1.3. Réflexivité du chercheur clinicien

Nous avons distingué deux niveaux complémentaires. D'une part, une visée phénoménologique descriptive, centrée sur l'expérience subjective des patients et sur la manière dont ils décrivent les changements brusques d'état précédant les consommations. D'autre part, un second temps interprétatif mobilisant un cadre psychodynamique pour proposer une intelligibilité clinique de ces descriptions. Cette articulation est explicitée afin d'éviter toute ambiguïté sur le statut des données et sur le moment où intervient l'interprétation théorique, ce qui permet de mieux circonscrire et renforcer la définition de la question de recherche. En tant que chercheurs cliniciens, nous avons privilégié une écoute centrée sur la description par les patients de leurs changements d'état et de leurs éprouvés, afin de limiter les inférences prématurées. Les relations thérapeutiques ont été différentes suivant les patients. Certaines rencontres se sont faites uniquement le temps des entretiens les suivis étant assurés par des collègues. D'autres s'inscrivaient dans des suivis parfois courts parfois plus longs. Malgré l'hétérogénéité des suivis, plusieurs entretiens ont fait apparaître des convergences descriptives. A la fin des entretiens de recherche nous avons pris un temps d'échange avec les personnes sachant que la recherche était anonymisée.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Participants

Cette recherche s'est déroulée dans un service d'Addictologie en hospitalisation complète de court séjour . Elle concerne 15 patients. Cette partie d'étude s'inscrit dans une recherche générale pour laquelle le Comité d'Ethique de Déontologie et d'intégrité Scientifique (CEDIS) de l'Université de Nantes (n°IRB : IORG0011023) a émis l'avis favorable n°2024-065. Pour les recherches qualitatives de type phénoménologique, il est admis qu'un nombre de 10 entretiens constituent un échantillonnage suffisant [25, p. 104]. Les participants de cette étude sont répartis entre 27 % de femmes et 73 % d'hommes, avec un âge moyen de 41 ans, ce qui est en accord avec les statistiques générales du service. La majorité présentait des poly-addictions, 13 d'entre eux consommaient de l'alcool, 10 du tabac, 6 de la cocaïne, 3 du Tétrahydrocannabinol et une personne de la kétamine. Le service d'addictologie accueille des personnes d'origines socio-culturelles très hétérogènes. L'inclusion des participants s'est faite après :

- Une évaluation clinique par l'équipe médicale ;
- L'administration du « *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* » (MSI-BPD) [26], un outil validé permettant d'identifier le trouble borderline.
- Score supérieur à 25 à la *Montreal Cognitive Assessment* (Moca)
- Nous n'avons pas intégré les patients pour qui nous pouvions supposer des pathologies psychiatriques supplémentaires (trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), bipolarité,...).

Il faut souligner qu'il n'y a eu aucun refus de participation, les individus étant intéressés par ce que cette recherche pourrait leur apporter pour mieux se comprendre eux-mêmes, ainsi que par les apports possibles pour d'autres personnes atteintes du trouble borderline.

2.2. Procédure

Nous avons utilisé le *Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method* (SCORS-G), une mesure fixée par un clinicien qui peut être utilisée pour coder diverses formes de matériel narratif [27] [28]. Cet outil a une base théorique solide, détaillée et la capacité d'évaluer les dimensions de relations d'objet qui permet d'apporter une rigueur d'analyse au niveau qualitatif et quantitatif [28, p.229].

Elle comprend huit dimensions, qui sont notées à l'aide d'une échelle de Likert en sept niveaux, où les scores les plus bas sont indicatifs d'aspects plus pathologiques des représentations d'objets et les scores les plus élevés témoignent d'un fonctionnement plus mature et adaptatif [28, paragr. *The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method*]. Sur le plan qualitatif, les cliniciens peuvent évaluer de manière générale comment les dimensions du SCORS-G se manifestent dans les récits et comment le contexte influence l'importance et le degré de pathologie dans chaque domaine [28, p.230].

Cette étude a comporté des entretiens de types phénoménologiques et projectifs représentant 14h18 d'enregistrement. Nous utiliserons au cours de cet article uniquement l'échelle 1 du SCORS-G. Néanmoins, certaines données de cette recherche n'apparaissent pas dans cet article, comme l'échelle du type "affective" qui a été combinée à l'échelle 8 qui elle, comporte la "composante cognitive". Ce type de combinaison est préconisé par le SCORS-G. Il en est de même pour le nombre de mots qui a constitué un autre indicateur, nous montrant lorsque le propos s'essouffait. Chacun des patients de cette étude a son score à l'échelle 1 "complexité des représentations des personnes" du SCORS-G inscrit entre parenthèses derrière leurs prénoms d'emprunt. L'échelle va de 1 à 7 [28] et induit une évaluation de la compréhension de soi ce qui constitue un indicateur sur la capacité des patients à retranscrire leurs vécus psychiques. Les entretiens ont été accompagnés d'observations cliniques.

Dans notre étude la médiane est de 2,51, les valeurs hautes correspondent souvent à des patients ayant bien investi un travail psychothérapeutique. Les moments des variations de l'échelle ont contribué à déterminer l'importance de certaines citations. Il a été possible de proposer, à posteriori, à six patients repassant par le service, de lire l'article. Cette lecture a permis de recueillir leur approbation quant à la retranscription et l'interprétation de leurs propos.

Les entretiens sont centrés autour de l'intention mise dans la prise des substances psychoactives ainsi que sur les questions identitaires sous-jacentes. Marc met en évidence " l'intérêt de l'approche intégrative et notamment de la phénoménologie." [29, pp. 3-7]. Afin de s'inscrire dans une vision contemporaine des Troubles de la Personnalité Limite (TPL) Bradley et Westen invitent à utiliser la psychodynamique en se fondant sur des données empiriques telles que la phénoménologie. [30, p. 927]. Daniel N. Stern précise l'intérêt du lien entre psychodynamique et phénoménologie en faisant « l'hypothèse d'une structure mentale fondamentale, un schéma d'intention, qui opère à ce niveau non verbal pour structurer l'expérience." [31, p. 114].

Chacun de ces récits s'est articulé autour d'un entretien semi-directif, élaboré à partir du travail de l'équipe suédoise qui a œuvré sur la "scale de fonctionnement réflexif" (MBI-RF) [32, p.361] ; [33]. Ces entrevues ont permis une cotation par minute du récit créant une moyenne pour chacun des participants. Chacun des participants a décrit ces processus de manière plus ou moins détaillés en fonction de leurs capacités de retranscription de leurs vécus psychiques notamment.

Nous avons adopté une approche qualitative basée sur des entretiens phénoménologiques, menés par un clinicien expérimenté. Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon une grille psychodynamique afin de mieux comprendre la dynamique des changements brusques. Nous allons nous appuyer sur les propos des patients lors des entretiens phénoménologiques pour apporter une description psychodynamique des changements brusques en tant que processus. Les résultats présentent d'abord les séquences décrites dans les entretiens. Leur mise en forme clinique et leur interprétation psychodynamique sont ensuite proposées, à travers une clinique exploratoire, dans la discussion.

3. RESULTATS

Les extraits retenus ont été regroupés par thématiques afin de rendre plus lisible la diversité des séquences décrites.

3.1. Les changements brusques : ce que disent les patients

Certains patients présentent en entretien une expressivité faciale réduite, avec peu de variations au cours de l'échange. Ils décrivent souvent l'aspect cyclique de manière métaphorique, en commençant par les couleurs : du noir et blanc (Alphonse ; 2,82) ; vert et jaune ou le bleu et le gris (Alphonse ; 2,82). Abel préfère s'appuyer sur l'image du petit ange et du petit démon (Abel ; 1,86), Etienne (2,57) et Ary (2,44) emploient le terme "yoyo".

Nombreux d'entre eux, feront référence à une endophasie notamment avant un basculement d'état psychique. Loys emploie le terme "switch" "mais il y a toujours eu ce truc dans mon cerveau. J'ai l'impression que ça switch en fait ça ... passe du tout au tout." (Loys ; 3,64) lorsque nous lui demandons de préciser ce qui se passe, Loys explique: "Je me sentais un peu (silence) menacé on va dire" (Loys ; 3,64) Ella a pu identifier avec son entourage que certains jours, elle travaille de plus en plus tard, elle s'éloigne des soins, elle est "plus speed, plus triste, anxieuse." (Ella ; 2,86), son débit de parole change. Sur d'autres semaines "j'ai une impression d'ennui que je ne vis pas bien, ça ne va déjà pas bien avant dans la semaine, j'ai une impression de pas être utile sur terre" (Ella ; 2,86).

Dans les interactions avec autrui, de nombreuses situations entraînent des fluctuations basées sur un désarroi extrême. Ella (2,86) et Edouard (2,29) précisent cette intensité :

"la moindre remarque va prendre des proportions énormes dès que c'est négatif...enfin quand c'est positif c'est pareil ... je suis hypersensible." (Ella ; 2,86); Edouard fait le même constat "si jamais il y avait un retour qui pouvait être négatif. C'était Hiroshima," (Edouard ; 2,29)

Alphonse décrit par des énumérations sans lien comme des photos ou pour reprendre un terme de Cornélie certainement plus juste, une Bande Dessinée (B.D.). « Mon jugement perso, humeur aléatoire, des hauts des bas, explosions réactifs, agressif verbales. Contrariété hypersensible, ..., peur d'être aimé et être détesté.» (Alphonse ; 2,82)

3.2. Mouvement psychique 1 : Comment les patients luttent contre les changements brusques ?

Plusieurs participants décrivent des routines visant à stabiliser leur quotidien. Dans différents cas, ces routines semblent également associées à une fonction de contention de l'anxiété [34] décrite comme massive.

Felix explique qu'"il y a des fois où je ne me rends pas compte qu'on est dans un train-train routinier, moi ça me convient" (Felix ; 3,37)

Abel (1,86), elle se met une pression importante pour tendre vers une forme de représentation de ce que peut être une normalité. La perte de contrôle va provoquer une angoisse liée à la perte d'existence. Abel indique que lorsque ses routines sont menacées de perturbation : « je vais être perdue. J'ai l'impression d'être plus personne, de ne plus avoir d'existence. » (Abel ; 1,86)

Un idéal devenant parfois tyrannique et engendrant à des moments un relâchement soudain.

"J'ai eu moins le courage de faire les choses. Moins de force peut être pour reprendre les choses et un peu dépasser des fois" (Felix ; 3,37)

Naturellement la notion du vécu abandonnique est abordée, parfois comme étant à l'origine de changement d'état ou parfois comme étant source d'apaisement. Le thème du regard sera réitéré, soit lorsqu'ils posent leur regard sur les autres, c'est ce que va nous décrire Cornélie (1,9) ou bien le regard de l'autre porté sur soi c'est ce qu'Edouard (2,29) exprime. "Oui. Je peux croiser quelqu'un dans la rue qui est malheureux, ça va me toucher. ... j'ai des images, un petit peu de ce que lui peut vivre, comme si je le voyais dans sa situation." (Cornélie ; 1,9)

"Je n'ai pas assumé ... les regards des autres vers moi, que ce soit amical, professionnel ou autre...amoureux, surtout." (Edouard ; 2,29)

Certains vont décrire clairement des gestes compulsifs comme Jules (2,43) qui avant de franchir une porte va toucher du bois avec des positions de mains ou encore Henri (2,23) dont les verres d'alcool vont toujours par trois.

3.3. Mouvement psychique 2 : la discontinuité psychique

Plusieurs ont réussi à décrire cet instant spécifique, certains l'ont même vécu lors des entretiens.

Commençons par Adélaïde « dans la pensée, c'est un peu pareil, je pense jaune. Et puis cinq minutes après je pense vert... ça peut se passer en 30 secondes comme ça peut se passer en deux minutes. Mais je fais un vide ...mais je me sens souvent vide.” (Adélaïde ; 2,58)

Lors des entretiens, ce mouvement de la parole, de l'expression du visage nous l'avons particulièrement abordé avec Loys. Il explique : “Parce que ... je n'arrivais pas à passer à autre chose et que je restais bloqué dessus.” ... « je peux être de bonne humeur. Et puis d'un coup, ce pic, ça va me modifier mes pensées et ça va me... [silence et reste figé] ». Lorsque je fais le constat de ce corps figé, Il indique : “j'ai du mal à me remettre dans le moment et à me remémorer certaines périodes “Je vais me mettre à réfléchir sur ce qui s'est passé, à la réflexion qu'on m'a fait. « Pourquoi on m'a fait cette réflexion ? » Je vais me poser beaucoup de questions...du coup ça me créer un petit blocage sur le moment” (Loys ; 3,64).

Loys a employé le terme de “switch”, il précise “un peu un switch d'émotion (Loys ; 3,64)

Ces temps où les questionnements existentiels tourbillonnent, accompagnés de dévalorisation. Cornélie raconte l'intensité des sensations : “Je tremble, des fois, c'est comme des sensations de vertige. Des sensations ou j'allais partir dans un combat et je savais que c'était perdu d'avance. Je ne sais pas trop comment vous expliquer, mais une peur ! et ça, ça me tombait dessus.” (Cornélie ; 1,9)

Ella revient également sur ces moments “ j'ai une impression de pas être utile sur terre, est ce que je veux faire ce que je fais actuellement ou [dans la solidarité], que je fais de la merde, que je suis nul, que ça ne sert à rien, je me pose des questions identitaires, je ne sais pas qui je suis” ... (Ella ; 2,86)

Léon illustre parfaitement les interrogations qui émergent lors de ses cogitations : “je cogite, je rejoue des trucs dans ma tête et des situations qui sont arrivées, les choses que j'ai fait et que je n'ai pas fait (Léon ; 2,18). Louis a un mouvement de fuite lors de repas de famille “ j'ai pas consommé et là ça tourne là-haut [il n'y a] même plus la place de faire une conversation [pour sortir de cet état]” Je pars... même des fois sans prévenir (Louis ; 2,12)

3.4. Mouvement psychique 3 : l'état narcissisé

Ella décrit bien cet état “en fait j'ai besoin d'intensité, ... sinon ça me paraît fade, c'est vide.” (Ella ; 2,86) ou Felix : “Ça me redonne envie de me sociabiliser, de sortir, de boire des verres, de profiter entre guillemets et après les déclencheurs de décompensation totale ou je m'en fous”. (Felix, 3,37) Il précise que c'est aussi dans ce moment-là que les consommations de substances psychoactives vont émerger. Alphonse va décrire, tout comme Felix “c'est le mode « Rien à foutre ». En fait, ça passe ou ça casse.” (Alphonse ; 2,82)

Néanmoins, il arrive parfois que cet état soit bien accepté, au moins initialement, comme c'est le cas pour Augustin qui nous le décrit avec une touche d'humour. “six mois d'abstinence, c'étaient les six mois les plus merveilleux de ma vie...J'étais au top quoi : sport, tout, les nanas(rire) ... grosse confiance en moi.” (Augustin ; 2,35)

Nous percevons ici tout l'ambiguïté que peut créer les témoignages des patients borderlines, qui d'un certain côté, peuvent ressembler aux phases hypomaniaques des troubles bipolaires.

Chez Abel (1,86), toujours en quête de perfection par le biais d'une dissonance cognitive, Abel semble basculer dans une forme de puissance sans limite :

“ tout le monde a le droit de le faire. Pourquoi moi, je pourrais pas le faire. Donc je me suis dit que j'étais comme les autres. Je veux être parfaite donc je veux être normal. Et du coup, la normalité, c'est de pouvoir faire un peu comme les autres. Donc de pouvoir boire un peu.” (Abel ; 1,86)

Edouard (2,29) va employer le terme : “cassage de jouet” qui représente toutes les fois où il réussit à se créer une situation professionnelle, qu'il a fini par réduire en pièces. C'est d'ailleurs cette notion de supporter les séparations archaïques qu'il viendra à plusieurs reprises formuler.

“Il faut casser les jouets. Parce qu'il faut revenir à un état qui est celui du gamin qui n'a pas réussi, qui va

avoir des problèmes de tynes, etc., machin et qui attend certainement encore l’aval de ses parents.” (Edouard ; 2,29 2,41).

4. DISCUSSION

La notion de changement brusque gagne à être précisée dans le cadre du trouble borderline, où plusieurs auteurs décrivent une instabilité des représentations de soi et une continuité psychique fragilisée [17] ; [31, p.597], où les sujets borderlines sont décrits comme oscillant entre différentes représentations de soi sans percevoir d'incohérence dans ces fluctuations.

Nous proposons de définir le « changement brusque d'état psychique » ("abrupt change of mental state") comme une transformation rapide de l'état psychique affectant l'identité du sujet. Ce phénomène se déroule en quelques minutes ou heures, influençant la perception du temps et les affects dominants, et s'accompagnant d'une dissociation « pleine » qui structure ce processus.

Dans notre matériel, ce changement brusque peut être décrit en trois mouvements psychiques : un état de contrôle, une discontinuité psychique correspondant à une dissociation pleine, puis un état narcissisé.

4.1. Mouvement psychique 1 : l'état de contrôle

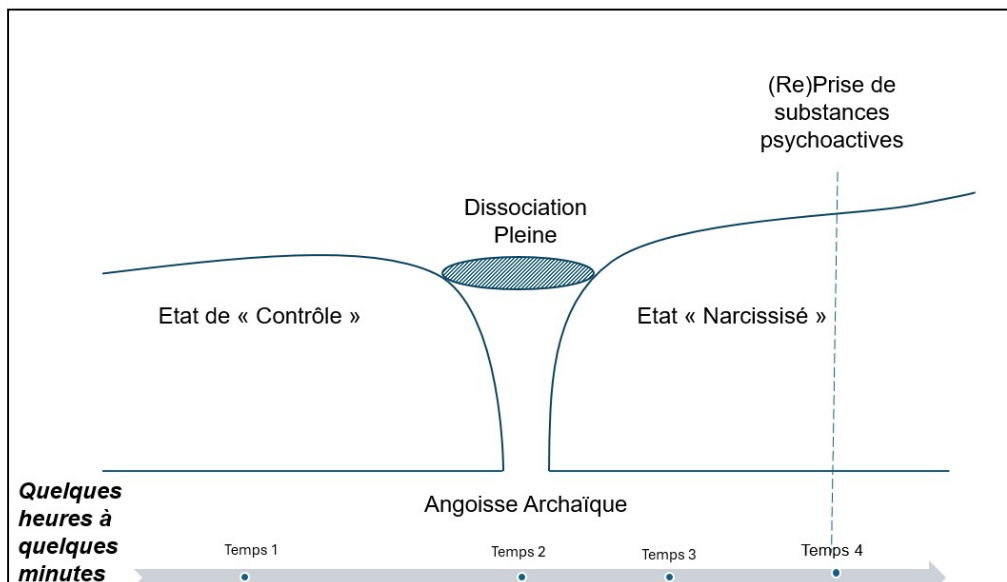


Figure 1. Les changements brusques décrits par des personnes borderlines addicts. Temps 1 : Etat de “contrôle” (en jours/semaines) ; Temps 2 : la dissociation pleine (en secondes/ minutes) ; Temps 3 : Etat “narcissisé” (en jours/semaines) et Temps 4 : la (re)consommation de substances psychoactives

L’état de contrôle apparaît comme une tentative de normalisation souvent culpabilisante pour les patients borderlines. Cette phase peut durer sur plusieurs heures, plusieurs jours. Cette quête de normalité renvoie à la capacité à mentaliser décrite par Debbané et Speranza [35], ainsi qu'au concept de mirroring. Lorsque ce processus de mirroring ne fonctionne pas de manière adaptative, l'individu tente de maîtriser ses émotions menaçantes.

Les patients expriment leur besoin de contrôle à travers des rituels, des routines et parfois des comportements compulsifs. La perte de ces repères engendre une angoisse existentielle marquée par une dévalorisation massive. En cela, nous pouvons rapprocher leur expérience du concept de l’« as if » d’Helen Deutsch [36], où l’individu adopte des comportements caricaturaux pour se conformer à une norme perçue.

4.2. Mouvement psychique 2 : de la discontinuité psychique à la dissociation pleine.

La discontinuité psychique se manifeste par une transition abrupte entre deux états mentaux opposés, souvent accompagnée de ce que nous proposons de nommer une dissociation « pleine ». Cette expression est employée ici comme une proposition clinique destinée à désigner, dans notre matériel, une configuration particulière de dissociation. Elle renvoie à une manière de nommer des épisodes où plusieurs dimensions de désorganisation psychique se trouvent réunies au sein d'une même séquence.

Cette notion s'appuie sur les travaux de Bion [37] relatifs aux silences vides, ainsi que sur ceux de Metidji [38], qui décrit un silence si profond qu'il réfère à une expérience d'abandon ou d'effondrement imminent. Dans ce travail, la dissociation devient « pleine » lorsque trois dimensions sont présentes de manière conjointe au sein d'un même épisode :

- 1) une fragmentation de la continuité psychique, perceptible dans l'altération de la temporalité vécue, dans la perte d'enchaînement de l'expérience ou dans l'impossibilité de maintenir une cohérence narrative minimale ;
- 2) un défaut de liaison entre affect et représentation, de telle sorte que ce qui est éprouvé ne parvient plus à se relier suffisamment à ce qui peut être pensé, mémorisé ou symbolisé ; enfin,
- 3) une incapacité transitoire à restaurer cette continuité par le verbal, si bien que la parole ne joue plus sa fonction organisatrice habituelle et que l'agir tend à prendre la place principale de décharge. L'adjectif « pleine » renvoie ainsi à la conjonction de ces trois dimensions, et non à la seule intensité du vécu émotionnel. Cliniquement, cette dissociation se manifeste par un envahissement psychique, une forte dévalorisation et une difficulté majeure à retrouver par la parole un minimum de continuité interne. La brièveté possible de ces épisodes n'en réduit pas la portée clinique, car ils précèdent souvent un recours à l'agir ou à la consommation [39] ; [40] ; [32].

Tant que le sujet peut encore, même de façon partielle ou après coup, mettre en mots son état interne et rétablir un minimum de continuité narrative, il s'agit plutôt d'une forme partielle de dissociation ou d'une discontinuité psychique limitée. Dans ces situations, l'expérience peut demeurer confuse ou envahissante, mais elle reste au moins en partie récupérable par la pensée, la parole ou l'après-coup. La qualification de dissociation « pleine » est réservée, dans ce travail, aux épisodes où cette récupération devient transitoirement défailante : la continuité psychique est plus profondément atteinte, la mentalisation ne parvient plus à assurer sa fonction de régulation, et l'agir tend à s'imposer comme voie dominante de dégageant. Il s'agit donc d'une différence de configuration et d'étendue de la désorganisation psychique.

Cette formalisation permet également de distinguer la dissociation pleine d'une dysrégulation affective, sans pour autant les considérer comme radicalement séparées. Les travaux contemporains sur le trouble borderline insistent sur l'instabilité affective, l'intensité émotionnelle, la difficulté de modulation des affects et l'impulsivité, dimensions qui apparaissent souvent renforcées dans les tableaux associant trouble borderline et addiction [12]. Dans cette perspective, la dysrégulation affective permet d'éclairer la montée rapide de l'intensité émotionnelle, la faible tolérance à certains états internes et la vulnérabilité au passage à l'acte. Toutefois, les situations décrites ici paraissent engager, dans certains moments, autre chose qu'un simple débordement affectif. Il s'agit d'une altération de la continuité psychique elle-même, avec défaut de liaison entre affect et représentation, impossibilité transitoire de retrouver par le verbal un minimum de cohérence interne, et échec momentané de la mentalisation/symbolisation comme voie de dégageant. En ce sens, la dysrégulation affective peut constituer le soubassement clinique de certains épisodes, sans en épuiser la compréhension. La dissociation pleine désigne alors les moments où la désorganisation ne porte plus seulement sur l'intensité des affects, mais sur la possibilité même de les transformer psychiquement autrement que par l'agir, parfois sous la forme d'une consommation. Cette articulation est compatible avec les travaux récents montrant que les symptômes dissociatifs, dans le trouble borderline, sont associés à une psychopathologie plus sévère, à l'auto-agression et à une moindre stabilité de la réponse thérapeutique [41] ; [42].

4.3. Mouvement psychique 3 : l'état narcissisé

Face à l'angoisse provoquée par la dissociation pleine, l'individu borderline peut adopter un état narcissisé comme mécanisme de compensation. Kernberg [22] distingue l'état limite du trouble de la personnalité narcissique par l'absence d'intégration du concept de soi chez les sujets borderlines, contrairement aux personnalités narcissiques qui possèdent un soi grandiose mais pathologique.

Cette phase narcissisée peut se traduire par une surestimation de soi, un comportement défiant, voire un sentiment de toute-puissance, elle va s'étendre sur plusieurs heures ou jours. Elle est parfois accompagnée de comportements autodestructeurs ou impulsifs.

Elle se distingue des phases hypomaniaques présentes chez les bipolaires par le fait que le désir surmoïque devient omniprésent et entre en collision avec une perception de soi ou de l'objet qui se révèle défaillante et vulnérable, laissant parfois transparaître une certaine agressivité. Le Professeur Dervaux, lors de son intervention à la 8^{ème} rencontre de psychiatrie et addictologie, 13 juin 2024, tout en précisant que cela n'apparaît pas dans la littérature, explique que chez les borderlines les " variations de l'humeur, des montagnes russes émotionnelles ou des changements brutaux d'humeur sont généralement liés à un contexte relationnel" [43], alors que pour les troubles bipolaires il n'y a pas de déclencheurs. Par surcroît, Zimmerman et Morgan, stipulent que ce qui va venir particulièrement différencier les Troubles de la Personnalité Limite des bipolaires sont des niveaux élevés d'impulsivité, d'hostilité et des symptômes cognitifs et anxieux. Leurs scores sont particulièrement élevés aux sous-échelles de tempérament cyclothymique, dépressive, d'irritabilité et d'anxiété enfin les schémas de soi sont inadaptés [44].

Les stimuli, angoisse de mort et séparation viennent révéler plus particulièrement cette atteinte identitaire. Le désir du Moi et du Surmoi entrent en tension créant une attaque réciproque. Cette oscillation entre dévalorisation et exaltation s'apparente à un mouvement psychique où, angoisse et idéalisation se percutent sans jamais trouver un équilibre stable.

4.4. Limites de l'étude

Nous reconnaissons que l'étude ne s'est pas appuyée sur une procédure formalisée de validation des interprétations, notamment par la recherche systématique de cas divergents, ce qui constitue une limite méthodologique. De même, un biais de sélection lié à l'inclusion de participants capables de verbaliser est à reconnaître et discuter comme une condition nécessaire à la méthode retenue, mais limitant de fait la portée des résultats.

Les contraintes méthodologiques de l'étude résident dans des biais potentiels associés à l'absence de procédures formalisées de validation qualitative, et aux limites de généralisation inhérentes à ce type de recherche exploratoire.

Dans le cadre d'une étude quantitative exploratoire nous avons retenu l'idée qu'un groupe témoin n'était pas requis. En revanche, nous avons précisé que l'absence de comparaison avec des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline sans addiction ne permet pas d'affirmer que le processus décrit soit spécifique à la comorbidité borderline-addiction. Cette question est désormais formulée comme une hypothèse clinique ouverte, appelant des travaux ultérieurs comparatifs et non comme une fin d'approfondissement.

6. CONCLUSION

En décrivant ce processus, nous offrons une grille de lecture plus dynamique du trouble borderline, permettant une meilleure appréhension clinique. Cette étude met en lumière la fragilité identitaire des patients, qui perçoivent certains événements comme des menaces existentielles, provoquant des réactions disproportionnées. La distinction entre ces changements brusques et les fluctuations thymiques des troubles bipolaires pourrait ainsi constituer une piste de recherche clinique intéressante.

En résumé, nous proposons que le processus des changements brusques chez les sujets borderlines addicts repose sur trois étapes clés : un état de contrôle visant à se conformer à une normalité perçue, une phase de discontinuité psychique marquée par la dissociation pleine, et enfin une phase narcissisée servant de mécanisme de survie face à la menace d'effondrement.

Nous espérons qu'à travers cette recherche les patients borderline addicts permettront finalement de révéler un processus commun à d'autres patients borderlines non-addicts à travers d'autres types de passage à l'acte mais rendus encore moins repérables par l'absence du révélateur que représentent les substances psychoactives. Comprendre ces dynamiques pourrait permettre d'adapter les prises en charge et d'offrir un meilleur accompagnement aux patients concernés.

Contribution des auteurs: Conceptualisation, FLM et DA.; écriture de l'article, FLM et DA.; relecture et correction de l'article FLM et DA.; supervision, DA.; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements: Financement personnel

Remerciements: Nous tenons à remercier pour leurs supports techniques le Dr Lam Fardel, Médecin coordonnatrice du CAP, l'équipe du CAP (Médecins, Infirmières, Aides-soignantes, Assistante sociale, Psychologue), Les collègues de thèses, L'école Doctorale ECLIS le CREN, le CHBA et l'EPSM, Servane Barreau, Céline Bonnaire, Valérie Moulin, L.M. Villerbu.

Liens et/ou conflits d'intérêts: « Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt »

7. REFERENCES

1. Cayn D. Fonction des addictions avec et sans drogues dans le trouble de la personnalité borderline [Internet] [Thèse de Doctorat de Psychologie]. [France]: Université Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://theses.fr/2018USPCB143>.
2. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep.* janv 2013;15(1):335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2.
3. Scalabrini A, Cavicchioli M, Fossati A, Maffei C. The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation.* 8 août 2017;18(4):52243. doi:10.1080/15299732.2016.1240738.
4. Støle Maria Le Soi Fragmenté – Un examen médico-littéraire de la dissociation et de l'association de l'individu [Bacheloroppgave i fransk]. [Norvege]: Norwegian University of Science and Technology; 2021.
5. Azoulay C, Emmanuelli M. Psychanalyse temporalité psychique à l'adolescence : étude comparative entre sujets tout venant et sujets au fonctionnement limite, au Rorschach et au TAT: La psychiatrie de l'enfant. 12 juin 2014;Vol. 57(1):157-79. doi:10.3917/psyse.571.0157
6. Maes JC. Clivages et addictions: Psychotropes. 30 oct 2014;Vol. 20(1):1125. doi:10.3917/psyt.201.0011
7. Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense [Internet]. 3^{éd}. Dunod; 2020 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-mecanismes-de-defense--9782100799077.htm> doi:10.3917/dunod.serba.2020.01.
8. Houben M, Vansteelandt K, Claes L, Sienaert P, Berens A, Sleuwaegen E, et al. Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2016;7(1):5060. doi:10.1037/per0000126.
9. Estellon V. Les états limites, Que sais-je ?, Quatrième édition mise à jour 14eMille. n° 3878. Paris: Presses Universitaires de France; 2017. <https://doi.org/10.3917/puf.estel.2017.01>[10] Granger B, Karaklic D. Les borderlines. Paris: Odile Jacob; 2012.
10. Estellon V. X. Recherche en psychanalyse à l'épreuve des « états limites ». In: La psychanalyse à l'université [Internet]. Paris: Hermann; 2022. p. 161-80. (Psychanalyse en questions). Located at: Cairn.info. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-psychanalyse-a-l-universite--9791037019578-page-161?lang=fr>
11. Crothers T.D. Inebriate Criminals, Alienist and Neurologist. *A Quarterly Journal of Scientific, Clinical and Forensic Psychiatry and Neurology.* États-Unis: EV.E. Carreras, Steam Printer, Publisher and Binder.1882:66-84.
12. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156. PMID: 38214629; PMCID: PMC10786009.
13. Estellon V. Figures et formes des états limites: Le Carnet PSY. 13 mars 2023;N° Hors-série(HS2):17-24. doi:10.3917/lcp.hs2.0017

14. Estellon V. Les états limites: [Internet]. Presses Universitaires de France; 2023 [cité 16 mai 2025]. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/que-sais-je-2023--9782715417458.htm> doi:10.3917/puf.estel.2023.06
15. Dervaux A. États limites et addictions, Borderline personality disorders and substance use disorders comorbi-dity. [Internet]. Vol. X N°3. juin 2014; La Lettre du Psychiatre Vol. X N°3. Disponible sur: <https://www.cairn.info>.
16. Louville P. Trouble de la personnalité Borderline et Addictions [Internet]. Site d'Étampes de l'EPS Barthélémy Durand.: Rencontre de Psychiatrie et Addictologie; 2024. Disponible sur: https://epsetampesfr-my.sharepoint.com/personal/addicto2024_eps-etampes_fr/
17. Lingardi V, McWilliams N, éditeurs. Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2. Second edition. New York: The Guilford Press; 2017. 1078 p.
18. Nassar Z, Terradas MM, Achim J, Guillemette R. Traumas, mécanismes de défense et personnalité limite émergente à l'enfance. *La psychiatrie de l'enfant*. 2025; Vol. 68(2):295-318. Located at: Cairn.info. doi:10.3917/psyse.682.0295
19. Bouvet C. Le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) améliore-t-il le Diagnostical and Statistical Manual IV-R (DSM-IV-R) pour la classification des pathologies des adultes ? L'exemple des troubles psychotiques et des personnalités schizoïdes et paranoïdes. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 oct 2010;75(4):655-68. doi:10.1016/j.evopsy.2010.09.001
20. Crocq M.-A. DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
21. Kernberg O. Borderline conditions and pathological narcissism, Oxford: First Rowman & Littlefield Edition; 2004.
22. De Luca, M. et Estellon, V. L'acte comme limite. *Cliniques*. 2015;10,154-188. <https://doi.org/10.3917/clin.010.0154>.
23. Brun A, Ciccone A, Roussillon R et Dumet N. Formes primaires de symbolisation. Paris : Dunod; 2014.
24. Balier C. et Prodolli et B. Du sacrifice à la toute-puissance : Les préalables de la relation à l'objet. *Revue française de psychanalyse*. 2009;73,69-80. <https://doi.org/10.3917/rfp.731.0069>
25. Savoie-Zajc, Lorraine. « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? » In Recherche qualitative en sciences humaines et sociales: les questions de l'heure. Association pour la recherche qualitative, 2007.
26. Mirkovic B, Speranza M, Cailhol L, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Corcos M, et al. Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):222. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02643-8>
27. Bouvet C, Prime C, Camart N, Fouques D, Zebdi R. Validité discriminante de l'échelle de cognition sociale et de relation d'objet (SCORS, version française) pour coter les récits TAT. Comparaison entre groupes clinique et non clinique. *Revue québécoise de psychologie*. 22 juill 2020;41(1):456-0. doi:10.7202/1070662ar
28. Stein M. et Slavín-Mulford J. The Social Cognition and Object Relations Scale-Global rating method (SCORS-G): a comprehensive guide for clinicians and researchers. New York, NY: Routledge; 2018.
29. Marc E. Psychologie de l'identité: soi et le groupe.. Paris: Dunod; 2005.
30. Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder : A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(04). <https://doi.org/10.1017/S0954579405050443>
31. Ben Soussan P, Dugnat M, Golse B. Les paysages intersubjectifs du bébé: hommage à Daniel N. Stern. Toulouse: Erès; 2013.
32. Stern Barry L. An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41,595–611. Récupéré du site de la revue: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.007>.
33. Ulvestad DA, Selsbakk Johansen M, Hartveit Kvarstein E, Pedersen G, Wilberg T. A borderline focused Reflective Functioning measure – Interrater reliability of the Mentalization Breakdown Interview. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2 mai 2023;77(4):360-6. doi:10.1080/08039488.2022.2123040
34. Ulvestad DA, Johansen MS, Kvarstein EH, Pedersen G, Wilberg T. Minding mentalizing - convergent validity of the Mentalization Breakdown Interview. *Front Psychiatry*. 21 juin 2024;15:1380532. doi:10.3389/fpsy.2024.1380532
35. Blay, M., Verne, M., Durpoix, A., Benmakhlouf, I., & Labaume, L. (2025). Clinical specificities of patients with substance use disorder and comorbid borderline personality disorder compared to patients with substance use disorder only: a retrospective study. *Journal of Addictive Diseases*, 43(3), 225–231. <https://doi.org/10.1080/10550887.2024.2363038>.
36. Speranza M. et Debbané M. Attachement, mentalisation et conséquences des contextes d'adversité. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Juil 2021;205(8),912-920. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.014>.

37. Charrier P. et Hirschelmann-Ambrosi A. Les états limites. Barcelone: Armand Colin; 2008.
38. Bion W. VIII. Une théorie de l'activité de pensée. Dans : *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001;125-135. <https://shs.cairn.info/reflexion-faite--9782130520610-page-125?lang=fr>.
39. Metidji S. Le nom du silence : du lien symbiotique à la relation symbolique. *Cliniques méditerranéennes*.2014;90(2),217-234.
40. Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec* [Internet]. févr 2022;Vol. 47(2):298. Located at: Cairn.info. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-sante-mentale-au-quebec-2022-2?lang=fr>
41. Debbané M, Nielsen P. Trouble limite et communication thérapeutique : une approche basée sur la mentalisation: *L'Information Psychiatrique*. 1 févr 2024;100(2):99-106. doi:10.1684/ipe.2024.2683
42. Macchia A, Mikusky D, Sachser C, Mueller-Stierlin AS, Nickel S, Sanhüter N, Abler B. Trait dissociation in borderline personality disorder: influence on immediate therapy outcomes, follow-up assessments, and self-harm patterns. *Eur J Psychotraumatol*. 2025 Dec;16(1):2461965. doi: 10.1080/20008066.2025.2461965. Epub 2025 Mar 5. PMID: 40042993; PMCID: PMC11884097.
43. Al-Shamali HF, Winkler O, Talarico F, Greenshaw AJ, Forner C, Zhang Y, Vermetten E, Burbach L. A systematic scoping review of dissociation in borderline personality disorder and implications for research and clinical practice: Exploring the fog. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Oct;56(10):1252-1264. doi: 10.1177/00048674221077029. Epub 2022 Feb 13. PMID: 35152771; PMCID: PMC9511244.
44. Dervaux A. Prise en charge des troubles de la personnalité Borderline et Addictions : mission impossible? [Rencontres]. Etablissement public de santé Barthélemy Durand. 13 juin 2024. (Addictions aux jeux vidéo et à internet.).
45. Zimmerman M, Morgan TA. Problematic Boundaries in the Diagnosis of Bipolar Disorder: The Interface with Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. déc 2013;15(12):422. doi:10.1007/s11920-013-0422-z