

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
LYNE LAVIOLETTE

LES CARACTÉRISTIQUES INTRAPSYCHIQUES
DES SUJETS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE
EN FONCTION DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

FÉVRIER 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Selon le DSM-IV, le trouble de la personnalité limite se caractérise par l'instabilité de l'identité, des relations interpersonnelles et de l'humeur. Les sujets souffrant du trouble limite de la personnalité sont particulièrement exposés au passage à l'acte suicidaire (APA, 1994). Précisément, la sévérité de la pathologie limite est déterminée par la faiblesse du Moi qui favorise une propension au passage à l'acte suicidaire (Kernberg, 1979). Il est plus difficile pour le sujet limite suicidaire de prendre en charge ainsi que de tolérer ses pulsions et ses angoisses sans risque d'être débordé, puis de passer à l'acte (Kernberg, 1993). Or, dans le test de Rorschach, il existe une constellation d'indices qui permet d'identifier les sujets qui présentent un potentiel d'agir suicidaire (Exner, 1993). L'objectif de l'étude est donc la vérification de cette constellation du potentiel suicidaire qui n'a jamais été mise à l'épreuve auprès de sujets limites suicidaires. Ainsi, trente-trois sujets limites ont été répartis en deux groupes en fonction de la présence d'agir suicidaire. Les sujets ont été soumis à un test diagnostique, le «Structured Clinical Interview for DSM-III-R : SCID I & II» de Spitzer, Williams & Gibbon (1990) et au test de Rorschach. Les résultats indiquent que la constellation suicidaire n'identifie pas les sujets limites suicidaires. Toutefois, ces derniers possèdent des caractéristiques intrapsychiques différentes car ils présentent plus d'impulsivité, d'égoцентриté et une plus grande sévérité du trouble limite de la personnalité.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
Trouble de la personnalité.....	4
Passage à l'acte suicidaire.....	15
Le test de Rorschach.....	32
Hypothèses.....	46
MÉTHODE.....	48
Sujets.....	49
Matériel.....	51
Instruments de mesure.....	51
Déroulement.....	53
RÉSULTATS.....	55
L'analyse des données.....	56
Présentation des résultats.....	56
DISCUSSION.....	63
Interprétation des résultats.....	64
Conséquences et retombées possibles de l'étude.....	75
Forces et faiblesses de l'étude.....	76
CONCLUSION.....	77
RÉFÉRENCES.....	79
APPENDICES.....	90
Appendice A : Interprétation des indices du test de Rorschach.....	91
Appendice B : Questionnaire clinique sur le passage à l'acte.....	95
Appendice C : Résultats statistiques secondaires.....	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

1	Caractéristiques Cliniques des Passages à l'Acte Suicidaires des Sujets Agissants ($N=17$).....	50
2	Informations Socio-Démographiques des Sujets en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	51
3	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la variable Constellation Suicidaire en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	58
4	Résultats Obtenus au Test Khi-Carré de la Variable $CF + C > FC$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	61
5	Résultats Obtenus au Test-T de la Variable $3r + 2/R$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	62
6	Résultats Obtenus au Test-t de la Variable Sévérité de la Pathologie Limite en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	63
7	Nombre de Critères de la Constellation Suicidaire en Fonction des Groupes de Sujets ($N=33$).....	100
8	Fréquences de Sujets Répondant aux Indices de la Constellation Suicidaire ($N=33$).....	101
9	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $FV+VF+FD>0$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	102
10	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Color Shading Blends >0 en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	102
11	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $Mor>3$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	103
12	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $es>Ea$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	103
13	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $S>3$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	104

14	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	104
15	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $Zd < -3.5$ ou > 3.5 en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	105
16	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $P < 3$ ou > 8 en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	105
17	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $X+\% < .70$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	106
18	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Pure $H < 2$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	106
19	Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $R < 17$ en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	107
20	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum C' en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	108
21	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum 6 en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	108
22	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable AN+BL en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	109
23	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Ag en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	109
24	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum V en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	110
25	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable F+% en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	110
26	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable D en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	111
27	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Da en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	111
28	Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum T en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$).....	112

Remerciements

L'auteur remercie le Centre Universitaire de Services Psychologiques, le Centre Hospitalier Ste-Marie et le Centre Hospitalier Régional de Lanaudière pour leur précieuse collaboration à cette étude. L'auteur exprime son respect à chacun des sujets qui se sont investis dans le processus d'expérimentation en racontant, avec courage, leur souffrance et leur désespoir. Aussi, l'auteur témoigne sa reconnaissance à Mme Suzanne Léveillée qui, par la richesse de son expérience et de ses connaissances cliniques, a stimulé l'intérêt de l'auteur pour la pathologie limite ainsi que pour la théorie et la psychothérapie analytique. Également, l'auteur désire exprimer sa gratitude à Patrick et à ceux qui, de près ou de loin, l'ont soutenu tout au long de ce périlleux voyage. En terminant, l'auteur souhaite offrir l'accomplissement de cet ouvrage à son père.

Introduction

Faisant suite à un vaste courant de recherche s'étant penché sur le trouble de la personnalité limite depuis les années 1970, des chercheurs ont conclu que cette pathologie demeure hétérogène et caractérisée par l'existence de plusieurs types de sous-groupes de sujets (Acklin, 1993; Andrulonis, Glueck, Stroebel & Vogel, 1982; Gartner, Hurt et Gartner, 1989; Zalewski & Archer, 1991). Nurnberg, Feldman, Hurt et Suh (1988) ont suggéré que la recherche actuelle s'emploie à approfondir les connaissances des caractéristiques des différents sous-groupes de sujets limites. Or, un examen des écrits scientifiques a permis de constater qu'il est possible de différencier deux des sous-groupes provenant de la population limite, selon la présence ou l'absence de passage à l'acte suicidaire. Ce projet de recherche se propose d'évaluer les caractéristiques intrapsychiques qui différencient les sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire des sujets limites sans agir suicidaire, à l'aide du test de Rorschach. L'étude du passage à l'acte suicidaire chez la personnalité limite effectuée à l'aide du test de Rorschach et de la méthode d'Exner (1993, 1995) est une démarche empirique qui n'a jamais été effectuée.

Le premier chapitre, le contexte théorique de l'étude, débute par une présentation des différentes définitions de la psychopathologie limite. Il se poursuit avec la spécification de la notion du passage à l'acte suicidaire chez les sujets limites. Puis, il se conclut avec l'examen des variables du test de Rorschach qui se retrouvent chez les sujets limites suicidaires et avec la formulation des hypothèses de l'étude. Le second chapitre porte sur la méthode privilégiée, tandis que le troisième présente les résultats obtenus. Le quatrième chapitre termine la présentation de cette étude à l'aide de l'interprétation des résultats.

Contexte théorique

Trouble de la personnalité limite

Épidémiologie descriptive

Le trouble de la personnalité limite présente un taux de prévalence de 2% de la population générale (APA, 1994; Swartz, Blazer, George & Winfield, 1990; Waltz, 1994). En extrapolant, il y aurait environ 140 000 personnes atteintes de ce trouble au Québec. Il représente de 30% à 63% de la proportion de tous les désordres de la personnalité (APA, 1994; Swartz, Blazer, George & Winfield, 1990). Les sujets souffrant de ce trouble constituent de 13% à 33% de la population qui recourt aux soins hospitaliers psychiatriques (Widiger & Frances, 1989; voir Andreoli, Burnand, Mühlebach & Dogliotti, 1991). De plus, 75% des sujets présentant cette pathologie sont des femmes (APA, 1994; Waltz 1994). C'est un trouble qui débute à l'âge adulte et qui demeure stable au cours de la vie (APA, 1994). Les sujets présentant le trouble de la personnalité limite font une utilisation intensive des services psychiatriques en étant fréquemment hospitalisés et en bénéficiant de nombreux traitements psychiatrique externes (Hull, Yoemans, Clarkin, Li & Goodman, 1996).

Épistémologie de la psychopathologie limite

C'est en 1884 que le terme «borderline» a été employé pour la première fois dans la littérature anglaise (Palem, 1993). Le terme «limite» est la traduction française fréquemment employée pour le terme «borderline». Ce n'est que depuis les cinquante dernières années qu'ils sont couramment utilisés dans la littérature psychiatrique. Dans les diverses écoles psychiatriques, psychologiques ou psychanalytiques de nombreux auteurs s'accordent pour reconnaître l'existence d'entités cliniques auxquelles les deux grands cadres structurels de personnalité, soit la psychose et la névrose, ne peuvent convenir

(Bergeret, 1985). Cependant, une ambiguïté nosologique et plusieurs divergences théoriques entourent la définition de cette psychopathologie (Aronson, 1985). Selon Aronson (1985), les premiers auteurs (Stern, Zilboorg & Rado, Knight: voir Aronson, 1985) s'étant intéressés au phénomène limite ont tenté d'établir un lien entre cette pathologie et la schizophrénie. Renonçant à cette voie, d'autres chercheurs (Pope, Lipinski, Klein, Liebowitz & Davis: voir Aronson, 1985) ont défini cette pathologie comme un simple désordre affectif en établissant les symptômes alors présentés, tels que la dépression chronique, l'instabilité émotionnelle, les addictions et les automutilations qui l'accompagnent généralement. Actuellement, la pathologie limite est considérée par l'ensemble de la communauté scientifique comme un trouble de la personnalité (APA, 1994; Gacono, Meloy & Berg, 1992; Grinker, Werble & Drye, 1968; Gunderson, 1984; Stone, 1994). Selon Aronson (1985), si l'on ajoute toutes les nuances que le paradigme psychanalytique exige, la pathologie limite devient une organisation de la personnalité, c'est-à-dire une entité clinique ayant ses particularités psychopathologiques selon les auteurs qui la définissent. Quoi qu'il en soit, deux orientations semblent se dégager: la première, étant fondée principalement sur la description des symptômes psychopathologiques de la personnalité limite à l'aide du DSM IV; la seconde, psychanalytique, est orientée vers la définition métapsychologique de cette pathologie. Cette dernière définit la pathologie limite d'un point de vue économique, topique, dynamique selon l'ontogenèse psycho-affective du développement psychosexuel.

Tout d'abord, à l'aide de l'approche descriptive, l'APA (1994) définit le trouble de la personnalité limite comme ayant la caractéristique essentielle d'être un mode général d'impulsivité ainsi que d'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'humeur. Afin de poser ce diagnostic, l'APA (1994) exige la présence d'au moins cinq critères parmi les neuf critères suivants:

Critère 1- Instabilité et excès dans le mode des relations interpersonnelles exprimées avec intensité et caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

Critère 2- Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, promiscuité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, crise alimentaire).

Critère 3- Instabilité affective : changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur normale à la dépression, à l'irritabilité ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours.

Critère 4- Colères intenses et inappropriées ou manque de contrôle de la colère.

Critère 5- Comportement(s) et gestes suicidaires ou comportement(s) auto-mutilatoire(s) répétés.

Critère 6- Perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins un des secteurs suivants : image de soi-même, orientation sexuelle, objectifs à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix des valeurs.

Critère 7- Sentiments permanents de vide ou d'ennui.

Critère 8- Abandonnisme : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.

Critère 9- Survenue transitoire dans des situations de stress d'idéations paranoïdes transitoires ou de symptômes dissociatifs sévères.

Cette approche descriptive simplifie la définition de la pathologie limite et c'est pourquoi elle est davantage utilisée par la recherche scientifique. Le diagnostic limite s'accompagne généralement d'une comorbidité de l'axe 1 ou de l'axe 2 et un sujet limite ne présentant pas d'autre psychopathologie proviendrait d'un échantillon limite atypique (Widiger, Sanderson & Warner, 1986; Zalewski & Archer, 1991). Widiger, Sanderson et Warner (1986) et Zalewski et Archer (1991) ont affirmé qu'il existe une multitude de

formes de ce trouble de la personnalité lorsqu'il est défini à l'aide des critères de l'APA. De la permutation des neuf critères diagnostiques du DSM, il résulte plus de quatre-vingt-treize variations de cette psychopathologie (Widiger, Sanderson & Warner, 1986). Selon Morey (1988), le degré de sévérité psychopathologique varie si l'individu présente le nombre minimal de critères du diagnostic limite (cinq) ou le nombre maximal de critères. Hull, Yoemans, Clarkin, Li et Goodman, (1996), Morey (1988); Widiger, Sanderson et Warner, (1986) et Zalenski et Archer (1991) ont conclu que la combinaison de la variété des symptômes de la pathologie limite produit des catégories psychopathologiques qui contiennent des groupes hétérogènes de patients limites. Les résultats de l'étude d'Andrulonis, Glueck, Stroebel et Vogel, (1982), Gunderson (1984), Koenigsberg, (1982) et Nurnberg, Feldman, Hurt, et Suh, (1986; 1988) ont confirmé l'hétérogénéité de la pathologie limite en soulignant l'existence de la singularité des sous-groupes de celle-ci; telles que les particularités du sous-groupe de patients limites hospitalisés dans une institution psychiatrique en comparaison au sous-groupe des patients limites bénéficiant d'un suivi psychiatrique externe.

Cependant, selon Morey (1988), plus un diagnostic d'un trouble de la personnalité, posé à l'aide de l'approche descriptive privilégiée par le DSM, couvre un éventail élargi et varié de symptômes psychopathologiques, moins il est valide. Selon Hartmann (1993), le trouble de la personnalité limite est une entité nosographique controversée, tantôt objet de déni, tantôt diagnostic à tout faire, qui souffre probablement de l'hétérogénéité des réalités cliniques qu'il recouvre. Aussi, Gacono, Meloy et Berg (1992), Kernberg (1989), Smith (1980) et Stone (1994), optant pour une approche psychanalytique, ont affirmé que les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) qui recouvrent d'autres troubles de la personnalité (le trouble narcissique, histrionique et

antisocial) chevauchent ceux de la personnalité limite, lui retirant ainsi de la valeur au plan étiologique, clinique et pronostique.

Ainsi, selon le psychanalyste Jean Bergeret (1985), la psychopathologie limite est une organisation de la personnalité, qui occupe une position intermédiaire entre la structure de personnalité psychotique et névrotique. Il la désigne par le label «état limite». Cette troisième lignée psychopathologique correspond davantage à une astructuration qu'à une structure de la personnalité cristallisée, ce qui lui confère une fragilité et une instabilité maintenue au prix de compromis, d'évitements et de ruses diverses. Il définit cette pathologie comme étant une maladie du narcissisme primaire provoquée par un traumatisme psychique précoce produit avant le début de la période oedipienne (c'est-à-dire au deuxième sous-stade anal). Ce trauma déclencherait une réaction de désinvestissement pulsionnel immédiat et un retrait narcissique figeant l'évolution libidinale du sujet sur des positions narcissiques régressives (Bergeret 1992). Sur le plan métapsychologique, Bergeret (1992) fait l'analyse de la vie psychique de l'état limite selon une perspective freudienne classique. Il aborde successivement le Moi, la relation d'objet anaclitique, l'angoisse dépressive, les instances idéales et les mécanismes de défense.

Bergeret (1992) a affirmé que le Moi des états limites se caractérise par son aspect lacunaire. Il le qualifie d'anaclitique, car le Moi de l'état limite recourt aux autres afin de se sentir complet. À l'aide de l'appui de l'autre, il tente de réparer la profonde blessure narcissique qui lui a été infligée. L'état limite présente donc un Moi indécis et inorganisé sur le plan structurel. Ce Moi pourrait être considéré comme un Moi différencié, mais insuffisamment élaboré dans ses fonctions autonomes. Par conséquent, « la relation d'objet demeure centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre et le danger immédiat

contre lequel toutes les variétés d'états limites luttent c'est la dépression » (Bergeret 1985, p. 138). L'angoisse dépressive est donc spécifique à l'état limite. Elle se définit comme une angoisse de perte d'objet qui survient lorsque le sujet état limite craint de perdre l'appui apporté par l'autre. Aussi, l'Idéal du Moi est le pôle autour duquel s'articule la problématique état limite et il se présente comme l'héritier du narcissisme primaire. Cette instance demeure archaïque et grandiose. Elle n'a pas atteint la maturité des aspects surmoïques bien intégrés. Elle ne tient pas suffisamment compte de la réalité, ce qui entraîne chez le sujet de la honte de ne pas atteindre les attentes idéales et engendre une crainte d'être abandonné. La faiblesse du Moi et des aspects surmoïques des sujets états limites facilitent le passage à l'acte des représentations mentales. D'ailleurs, l'état limite doit recourir à des mécanismes de défenses moins élaborés et moins efficaces que ceux des sujets névrotiques. Les défenses caractéristiques des sujets états limites sont principalement le clivage de l'objet et les réactions projectives qui ont pour effet d'entraîner la déformation ainsi que l'appauvrissement du Moi.

En conséquence, l'aspect instable de la lignée limite amène le sujet à lutter de façon incessante contre la menace dépressive. Selon Bergeret (1992), le Moi état limite recherche une meilleure stabilité à l'aide d'aménagements. « Il existe des arrangements particuliers partant du tronc commun, soit en direction de la lignée névrotique, soit en direction de la lignée structurelle psychotique » (Bergeret, 1985, p. 155). Cette direction empruntée par les aménagements limites confère une notion de continuité à l'espace occupé par l'état limite entre les lignées structurelles névrotique et psychotique. Bergeret (1992) a donc souligné l'existence de deux types d'aménagements possibles au sein du tronc commun des états limites. Le premier, l'aménagement caractériel prend la direction du pôle névrotique et il se divise en trois caractères différents. Ainsi, il existe pour les

aménagements caractériels la névrose de caractère, la perversion de caractère et la psychose de caractère. La névrose de caractère se présente avec une apparence de normalité alors que la psychose de caractère constitue une étape plus avancée dans la difficulté à évaluer correctement le réel (Bergeret, 1992). Quant à l'aménagement pervers, il se situe près de l'organisation psychotique dans son mode de fonctionnement. En effet, des mécanismes pervers, ayant pour fonction le déni d'une partie de la réalité, entraînent certains comportements délirants. « C'est l'aménagement pervers qui s'aventure le plus loin des aménagements prudents du tronc commun [...]. Le pervers se risque très près de la position psychotique sans pouvoir profiter toutefois des redoutables mais solides défenses dont bénéficie cette dernière structure » (Bergeret, 1994, p. 214). Aussi, de cet aménagement pervers, Bergeret (1992) exclut les structures de personnalité pré-psychotiques.

À l'instar de son collègue français, le psychanalyste Américain Otto Kernberg (1970a, 1970b) inclut les structures de personnalité pré-psychotiques classiques (paranoïaque, schizoïde, hypomaniaque, et cyclothymique) parmi l'organisation borderline. Il emploie le label «borderline» pour désigner cette psychopathologie. Il la définit comme une organisation de la personnalité pathologique stable occupant un espace limite entre la névrose et la psychose. Il décrit cette organisation comme ayant des caractéristiques de la personnalité durables et une organisation défensive, développementale, dynamique et structurale unique. Cette pathologie résulte de frustrations importantes et d'agressivité intense lors des premières années de vie. Selon Kernberg, « le développement excessif de l'agressivité pré-génitale, surtout orale, tend à induire un développement prématuré des conflits oedipiens avec pour conséquence une condensation pathologique particulière entre les buts génitaux et pré-génitaux sous l'influence des besoins agressifs pré-génitaux » (Kernberg, 1979, p. 72).

Selon Kernberg (1979; 1989), trois critères structuraux différencient les organisations de la personnalité névrotique, borderline et psychotique. Ces critères sont l'intégration de l'identité, les opérations défensives et l'épreuve de réalité. Chez l'organisation borderline de la personnalité, la diffusion de l'identité est définie par le défaut d'intégration du concept de soi et des autres, par un vécu subjectif de vide chronique, des perceptions contradictoires de soi et des autres ainsi qu'une inaptitude à rendre compte de ce qu'il sont (Kernberg, 1979; 1989). L'organisation défensive limite présente des défenses primaires centrées autour du clivage du Moi. Il s'agit d'une organisation défensive souvent inefficace, centrée sur des défenses primitives et coûteuses pour le Moi (Kernberg, 1979; 1989). Ces défenses primitives sont le clivage de l'objet, la projection, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Aussi, l'épreuve de réalité est conservée et le sujet borderline est capable de différencier le soi du non-soi, l'intrapsychique des perceptions externes (Kernberg, 1979; 1989). Ces trois critères diagnostiques témoignent de la manifestation de la faiblesse du Moi et de l'inadaptation de certaines fonctions du Moi présentent chez l'organisation borderline (Kernberg, 1979).

L'organisation borderline se repère aussi à l'aide des symptômes et des traits psychopathologiques qui permettent seulement de présumer son diagnostic. Les symptômes généralement présentés peuvent être d'allure névrotique mais l'association de certains de ces traits caractérisent l'organisation borderline (Kernberg, 1989). Les sujets borderlines ont tendance à ressentir une angoisse chronique, diffuse et flottante. Ils présentent au moins deux des symptômes suivants: phobies multiples, certains symptômes de conversion chroniques, symptômes obsessionnels-compulsifs, symptômes dissociatifs, hypocondrie et tendances paranoïdes (Kernberg, 1989). Également, ils peuvent présenter des tendances sexuelles perverses polymorphes, des addictions variées, des impulsions et

une structure pré-psychotique classique (Kernberg, 1989). Un dernier élément de présomption de personnalité borderline est la dépression lorsqu'elle est liée à un sentiment de solitude, qu'elle est suffisamment sévère et qu'elle a un effet désorganisateur sur l'ensemble des fonctions du Moi (Kernberg, 1979).

De plus, Kernberg, (1979) et Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, et Appelbaum (1995) ont défini des caractéristiques borderlines secondaires qui sont en relation avec la sévérité de la pathologie et qui affectent le pronostic. Ces caractéristiques secondaires sont une conséquence directe des troubles de l'identité et des défenses archaïques qui affaiblissent le Moi (Kernberg, 1979). Elles sont les manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi tel que l'intolérance à l'angoisse, le manque de contrôle des pulsions illustré par la mise en acte des impulsions et le manque de développement des voies sublimatoires (Kernberg, 1979). Précisément, Kernberg (1970a) a énoncé qu'un des principaux critères employés afin de déterminer la sévérité de la pathologie borderline est la propension aux passages à l'acte et à l'auto-destruction. De plus, le recours aux processus primaires de pensée, la pathologie du Surmoi, la pathologie des relations d'objet internalisées et la présence de relations d'objets chaotiques sont d'autres caractéristiques secondaires de l'organisation borderline de la personnalité (Kernberg, 1979; 1989).

Également, Kernberg (1970a) a établi une classification des divers types de caractères psychopathologiques rencontrés chez l'organisation borderline. À l'aide de cette classification psychopathologique, Kernberg (1970a) situe l'organisation borderline sur un continuum adaptatif entre la névrose et la psychose. Ainsi, les divers caractères permettent de déterminer la gravité psychopathologique du sujet borderline selon si ils se situent à l'échelon inférieur de la pathologie, c'est-à-dire près du pôle psychotique ou à

l'échelon supérieur, c'est-à-dire près du pôle névrotique (Kernberg, 1970a). Selon Kernberg (1970a), quatre critères déterminent la classification psychopathologique d'un sujet borderline. L'examen du développement psycho-sexuel, le développement et l'intégration du Surmoi, les opérations défensives du Moi et la qualité des relations d'objet internalisées déterminent la classification psychopathologique des caractères borderlines (Kernberg, 1970a). Par exemple, le caractère hystérique, le caractère obsessionnel-compulsif et le caractère dépressif-masochiste (lorsqu'ils ne sont pas associés à des comportements auto-agressifs) sont situés à l'échelon supérieur de la pathologie borderline (Kernberg, 1970a; 1979). Les caractères de l'échelon intermédiaire comprennent la personnalité à caractère sadomasochiste, infantile et la plupart des personnalités narcissiques (Kernberg, 1970a, 1979). Les caractères situés à l'échelon le plus bas de l'organisation borderline regroupent des sujets présentant une faiblesse du Moi davantage marquée qui amène une intolérance à l'anxiété, une difficulté à contrôler les impulsions, peu de voies sublimatoires développées et l'infiltration des processus primaires de pensée dans le fonctionnement cognitif (Kernberg, 1970a, 1979). Ainsi, les personnalités antisociales, les personnalités chaotiques et impulsives, la personnalité à caractère dépressif-masochiste lorsqu'elle est associée à des comportements suicidaires, les sujets présentant des déviations sexuelles multiples, une addiction à la drogue ou à l'alcool, les sujets qui s'automutilent et les sujets présentant une personnalité pré-psychotique (hypomane, schizoïde et paranoïde) se classent à l'échelon inférieur de la pathologie borderline (Kernberg, 1970a; 1970b; 1979). Ces caractères borderlines présentent tous une plus grande sévérité pathologique et des pronostics négatifs étant donné leurs fréquents passages à l'acte (Kernberg, 1970b). Ces passages à l'acte sont le résultat d'inadaptations spécifiques, de défaillances et d'une plus grande fragilité du Moi borderline, ce qui place donc ces caractères près du pôle psychotique (Kernberg, 1970a; 1979; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1995).

Cette notion de continuum d'adaptation selon la gravité de la pathologie limite se retrouve également chez Grinker, Werble et Drye (1968). Les résultats de leur recherche portant sur la pathologie limite concordent avec les élaborations de Bergeret (1985) et de Kernberg (1979). Selon Grinker, Werble et Drye (1968), une analyse statistique discriminante a permis de dégager de la pathologie limite quatre sous-groupes se situant sur le continuum psychose-névrose, leur sévérité psychopathologique variant selon leur position. Tout d'abord, les sujets du sous-groupe des «états-limites névrotiques» ont généralement une ressemblance frappante avec les névroses de caractère narcissique. C'est chez ces sujets que se rencontre la dépression anaclitique en rapport avec leur quête d'une relation symbiotique avec une figure maternelle qu'ils ont perdue. La «personnalité As If» désigne le sous-groupe des sujets qui sont les seuls à manifester un comportement adapté. Toutefois, ils s'épuisent dans la recherche de leur identité. Ils attendent passivement des autres une relation de complémentarité. Grinker, Werble et Drye (1968) situent donc ces deux sous-groupes près du pôle névrotique. Ensuite, le sous-groupe nommé «noyau de l'état limite» regroupe les sujets inconstants qui oscillent dans leurs relations avec les autres. Ils sont à la fois agressifs et déprimés mais à des moments différents, de telle sorte que l'on peut considérer que leur passage à l'acte les protège contre la dépression. Finalement, le sous-groupe nommé «état limite psychotique» est composé de sujets dont la caractéristique est d'avoir des comportements inappropriés, négatifs et agressifs envers les autres. La perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la réalité environnante est déficiente. Si la majorité d'entre eux reste non psychotique, ils sont proches de la désintégration. Ainsi, ces deux derniers sous-groupes sont positionnés près du pôle psychotique parce qu'ils présentent une désorganisation plus grande et ils sont davantage susceptibles de passer à l'acte (Grinker, Werble & Drye, 1968 ; Grinker, 1977).

Passage à l'acte suicidaire

Préambule

1. Définitions

Selon Laplanche et Pontalis (1988), le terme «acting out» est employé en psychanalyse pour désigner les actions présentant un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet et relativement isolable dans le cours de ses activités. L'acting out prend une forme hétéro-agressive ou auto-agressive. Bien qu'elle est acceptée en psychanalyse, il semble difficile de trouver une expression française qui rends toutes les nuances du terme «acting out». Le terme «passage à l'acte», qui est l'équivalent le plus souvent retenu, est employé en clinique psychiatrique où l'on tend à le réserver à des actes impulsifs violents, agressifs, délictueux, meurtriers ou suicidaires; le sujet passant d'une représentation mentale à l'acte proprement dit (Laplanche & Pontalis, 1988). Le passage à l'acte est donc une décharge des tensions dans l'agir (Danan, 1993; Kernberg, 1993). Waltz (1994) a défini les comportements suicidaires et parasuicidaires comme faisant référence à toute agression physique qu'un sujet s'inflige à lui-même intentionnellement et qui entraîne des risques de blessures modérément graves ou mortelles. Le terme parasuicide est aussi employé pour désigner toutes les variations que prennent les automutilations et les tentatives de suicide. Les écrits scientifiques emploient divers vocables, bien qu'ils présentent chacun leurs nuances, afin de désigner le passage à l'acte suicidaire. Ces termes sont les suivants: acte autoagressif, agir suicidaire, agir autoagressif, antécédent suicidaire, autoagressivité, autodestructivité, attenté à leur vie, comportement autodestructeur, comportement parasuicidaire, comportement suicidaire, conduite suicidaire, histoire suicidaire, suicide, tentative de suicide. La présente étude se propose d'utiliser également ces labels, tous plus ou moins associés à la notion du passage à l'acte suicidaire.

2. Fonctions du passage à l'acte suicidaire

Les écrits scientifiques rapportent fréquemment que l'agir suicidaire a comme fonction de régulariser les affects douloureux et qu'il est efficace à réduire l'angoisse (Waltz, 1994). Il réduit certaines émotions douloureuses comme la rage, la honte, la culpabilité, la tristesse et la peur (Waltz, 1994). Aussi, les agirs suicidaires peuvent être une stratégie d'évitement d'émotions, de pensées et de conflits. Ils peuvent être également une tentative de contrôle des expériences dissociatives et du sentiment de dépersonnalisation (Waltz, 1994). Selon l'APA (1989), les passages à l'acte suicidaire résultent d'une colère intense ou constituent une réaction à une apathie et une dépersonnalisation qui survient pendant des périodes de tension extrême. Également, Gunderson (1984) a suggéré que la fonction des agirs auto-destructeurs est de réduire l'anxiété. Ils servent de châtiment puisque les sujets suicidaires se perçoivent comme mauvais et ils servent à organiser les parties fragmentées de leur self. En conséquence, ils suscitent chez les autres des soins et de l'attention (Gunderson, 1984).

3. Les conduites suicidaires et le trouble de personnalité limite

Le trouble limite de la personnalité est particulièrement exposé au passage à l'acte suicidaire (APA, 1994). Une étude effectuée par Zisook, Goff, Sledge et Shuchter (1994) a établi que les sujets limites présentant un diagnostic sur l'axe 1 (dépression majeure, trouble anxieux, toxicomanie) ont plus d'idéations suicidaires et commettent plus de gestes suicidaires que les sujets présentant ces diagnostics de l'axe 1 sans le trouble limite de la personnalité. Aussi, Friedman, Arnoff, Clarkin, Corn et Hurt (1983) ont conclu que les sujets limites passent à l'acte suicidaire plus fréquemment que tout autres sujets déprimés ayant un trouble de la personnalité différent du trouble limite ainsi que tout autres sujets

présentant seulement un diagnostic sur l'axe I. Ces résultats établissent donc que le passage à l'acte suicidaire est plus lié à la comorbidité du trouble limite de la personnalité de l'axe II, qu'aux pathologies de l'axe I.

Une étude québécoise longitudinale de Paris, Brown et Nowlis (1987) a précisé qu'il y a 8.5% de la population limite qui décède par suicide. De plus, selon les études, il y a entre 27 à 67% des sujets limites qui ont une histoire d'agirs suicidaires (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994a; Stone; 1990; Zisook, Goff, Sledge & Shuchter, 1994). Cependant, l'examen des écrits scientifiques établit que ce n'est pas l'ensemble des sujets limites qui commettent des passages à l'acte suicidaire. Parmi l'hétérogénéité de la pathologie limite, de nombreux sujets présentent des idéations suicidaires sans pourtant passer à l'acte suicidaire.

Sous-groupes de sujets limites et passage à l'acte suicidaire

Il existe une littérature abondante concernant les agirs suicidaires limites qui se divise en trois principaux champs de recherche. Ces trois champs précisent la notion de forme, de gravité et de spécificité psychopathologique du sous-groupe des sujets limites susceptibles de passer à l'acte suicidaire. Le premier champs s'est consacré à identifier la symptomatologie qui est associée aux agirs suicidaires chez les personnalités limites. Le second s'est employé à spécifier, à l'aide d'études comparatives, la particularité pathologique du sous-groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire. Le troisième, s'inscrivant dans une approche psychanalytique, concerne l'étiologie et le déterminisme des conduites suicidaires limites. Enfin, une synthèse intégrant ces trois champs de recherche terminera cette section.

1. Symptomatologie associée au risque de passage à l'acte suicidaire

Cette section regroupe les études concernant la symptomatologie associée au passage à l'acte suicidaire des sujets limites. Quatre thèmes sont ainsi abordés : les désordres sur l'Axe I et II du DSM IV, l'abandon et l'abus sexuel, puis finalement l'impulsivité et les hospitalisations multiples.

En premier lieu, Stone (1990; 1994) a effectué une étude longitudinale sur le devenir des sujets limites ayant eu recours à la consultation thérapeutique privée ou ayant été hospitalisés en psychiatrie. À l'aide de cette recherche, Stone (1990; 1994) a établi que le trouble de la personnalité limite est un désordre hétérogène duquel il est possible de distinguer différents sous-groupes de sujets ayant chacun leurs traits de caractères associés à un pronostic spécifique. Or, selon les résultats de l'étude, 50 à 100% des sujets limites présentant un tempérament irritable ainsi que des traits antisociaux commettent de fréquents passages à l'acte suicidaire. Ils ont, en conséquence, un pronostic faible (Stone, 1990, 1994). Selon Yoemans, Hull et Clarkin (1994), les sujets limites dépressifs, les sujets limites présentant des relations interpersonnelles instables ainsi qu'une difficulté grave avec l'intimité et les sujets ayant des traits paranoïdes sont davantage susceptibles de passer à l'acte suicidaire. Ces résultats suggèrent une association étroite entre les difficultés interpersonnelles et les agirs suicidaires des sujets limites.

En deuxième lieu, les sujets présentant une addiction à la drogue ou à l'alcool (diagnostics de l'axe I du DSM IV) sont considérés par Andreoli, Burand, Mühlebach et Dogliotti (1991), Stone (1990), Sztulman, Pezous, Auby et Moron (1993) et Waltz (1994) comme un sous-groupe de sujets limites ayant un pronostic pauvre comportant un risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Selon Links, Heslegrave, Mitton, Reekum et Patrick

(1995), les sujets limites présentant une addiction à la drogue présentent significativement une plus grande gravité psychopathologique illustrée par un fonctionnement psychosocial pauvre, un indice d'impulsivité plus élevé, et plus d'agirs suicidaires que les sujets limites sans addiction. Ces auteurs ont même suggéré que les sujets limites toxicomanes forment un sous-groupe particulier du trouble limite. De plus, l'étude de Shearer, Peters, Quaytman et Wadman (1987) établit que des comportements suicidaires passés, la présence d'un trouble alimentaire, les manifestations de symptômes psychotiques antérieures et une histoire familiale de désordres affectifs ou de toxicomanie constituent des facteurs de risque associés aux passages à l'acte suicidaire graves ou mortels, chez les sujets limites de sexe féminin.

En troisième lieu, plusieurs auteurs se sont employés à étudier l'association entre certains facteurs étiologiques et le passage à l'acte suicidaire chez les sujets limites. Ainsi, les sujets suicidaires ont vécu davantage d'abandon dans leur petite enfance (Kernberg, 1993; Kjelsberg, Eikeseth & Dahl, 1991). Aussi, les sujets limites ayant vécu des abus sexuels sont considérés comme des sujets présentant un risque élevé de passage à l'acte suicidaire (Brodsky, Cloitre, Dulit, 1995; Stone, 1989; Wagner & Linehan, 1994; Waltz, 1994).

Finalement, les gestes automutilatoires et l'impulsivité ont été fortement associés aux passages à l'acte suicidaire (Gunderson, 1984; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994a). En effet, les variables les plus associées aux hospitalisations multiples des patients limites sont la présence d'une histoire d'anorexie, de symptômes psychotiques d'impulsivité et d'agirs suicidaires (Hull, Yeomans, Clarkin, Li & Goodman, 1996; Koenigsberg 1982).

2. Études comparatives d'un groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire et d'un groupe de sujets limite sans conduites suicidaires

Ces études comparatives abordent trois points principaux. Le premier concerne la gravité de la psychopathologie des sous-groupes de sujets limites passant à l'acte suicidaire. Le second discute de la dépression tandis que le dernier point traite des conduites automutilatoires chez les sujets limites agissants.

Tout d'abord, l'APA (1989) rapporte que les conduites suicidaires (le critère no. 5 du DSM-III-R et du DSM-IV) se retrouvent chez les formes les plus graves de cette pathologie. Dans cette perspective, Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud (1994) ont effectué une étude estimant le pronostic du sous-groupe des sujets limites suicidaires. Ils ont effectué cette estimation à l'aide de l'évaluation de l'intensité des symptômes, de la gravité de la psychopathologie (du type DSM-III-R) et de l'utilisation des services de soins psychiatriques. Ces chercheurs ont effectué une comparaison entre trois groupes de sujets : un groupe de sujets limites présentant des idéations suicidaires, un autre groupe de sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire et un groupe contrôle. Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes quant aux désordres de l'anxiété et à la toxicomanie. Cependant, il apparaît que les sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire présentent une symptomatologie limite plus importante (ils cotent plus fortement) que l'autre groupe de sujets limites sans agir suicidaire. Également, les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent des résultats significativement moins favorables au fonctionnement et à l'adaptation sociale, à l'intégration sur le marché du travail, à l'évaluation globale de leur santé mentale (mesurée par le *Health Sickness Rating Scale* et par *SCL-90R*) et présentent plus de symptômes pathologiques généraux (SCID).

En effet, le groupe de sujets limites n'ayant jamais passé à l'acte suicidaire présente des résultats plus favorables quant à leur santé mentale. Ces sujets limites sans agirs suicidaires démontrent une psychopathologie moins sévère à leur admission en psychiatrie, à leur congé, ainsi qu'à la fin de leur traitement médical. Les auteurs de cette étude ont conclu que les sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire se distinguent des autres sujets limites par des caractéristiques psychiatriques différentes et par un pronostic plus faible étant donné les résultats qu'ils présentent. Également, Kehrer et Linehan (1996) ont fait une comparaison entre un groupe de sujets limites commettant des agirs suicidaires et un groupe de sujets limites non suicidaires. Il apparaît que le premier groupe se différencie du second quant à leur façon de résoudre des problèmes interpersonnels. Il semble que le groupe de sujets limites sans agir suicidaire présente un meilleur contrôle de leurs affects et moins d'impulsivité. Ces caractéristiques résultent d'une personnalité plus mature qui favorise la stabilité des relations interpersonnelles et une tendance moindre à recourir aux agirs suicidaires (Kehrer & Linehan, 1996; Mehlum, Friis, Vaglum & Karterud, 1994).

Le second point porte sur la dépression chez les sujets limites suicidaires. Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994b) ont effectué une étude comparative traitant de la dépression chez les sujets limites suicidaires. Pour se faire, ils ont comparé trois groupes de sujets : un groupe de sujets limites non suicidaires, un groupe de sujets limites ayant attenté à leur vie durant les derniers jours et un autre groupe de sujets limites qui ont commis des gestes suicidaires au moins une fois dans le passé. Ces sujets étaient tous des sujets limites hospitalisés dans une institution psychiatrique. Bien qu'il n'existe aucune différence quant au genre et quant à l'association du trouble limite aux traits schizotypiques (traits psychotiques), les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe plusieurs différences entre ces trois groupes. Les sujets ayant passé à l'acte (toute période confondue) présentent significativement plus de dépression que les sujets limites sans agir

suicidaire. De plus, les sujets ayant passé à l'acte dans le passé (longtemps avant la mesure), rapportent plus de dépression que les sujets non suicidaires. Cependant, les sujets ayant commis un agir suicidaire récent sont moins dépressifs que les sujets limites ayant présenté des comportements suicidaires dans le passé. Selon les auteurs, ces résultats correspondent aux élaborations théoriques qui soutiennent que le passage à l'acte suicidaire est une défense contre l'émergence de la dépression et que l'apparition des comportements suicidaires coïncide avec la diminution de l'intensité de la dépression. Le moment où la mesure de la dépression est prise (avant ou après l'agir suicidaire) détermine les résultats concernant la dépression chez les sujets limites suicidaires. Dans cette perspective, Fyer, Frances, Sullivan, Hurt, et Clarkin (1988) ont conclu que les sujets limites ayant commis un passage à l'acte grave ou mortel présentent significativement plus de désordres affectifs précédant l'acte que tout autre sujet limite sans agir suicidaire. Toutefois, tous ces auteurs font une interprétation nuancée et différente de l'intensité moindre de la dépression chez les sujets suicidaires. Précisément, Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud, (1994) et Kjelsberg, Eikeseth, et Dahl (1991) ont réalisé une comparaison entre un groupe de sujets limites ayant attenté à leur vie et un groupe de sujets limites sans agir suicidaire. Selon leurs résultats, les sujets limites suicidaires ne présentent généralement pas plus de symptômes dépressifs que les sujets limites non suicidaires. Ceci ne concorde pas avec les études antérieures portant sur les sujets limites suicidaires. Les résultats de Kjelsberg, Eikeseth, et Dahl (1991) montrent que les mécanismes inhérents au passage à l'acte suicidaire limite sont différents de ceux opérant chez les sujets suicidaires non limites, chez qui la dépression favorise l'agir suicidaire. En effet, dans cette étude, les sujets limites sans agir suicidaire rapportent souffrir plus fréquemment d'angoisse et d'anxiété que les sujets limites auto-agressifs. Ces résultats indiquent que les sujets limites sans agir ressentent des affects douloureux et de l'angoisse sans qu'ils s'empressent de les expulser par le passage à l'acte. Les auteurs ont conclu que la présence d'angoisse est une

variable qui inhibe le passage à l'acte suicidaire alors que l'absence de dépression n'est pas un facteur qui protège les sujets limites des agirs suicidaires (Kjelsberg, Eikeseth & Dahl, 1991).

Finalement, le troisième point traite des études comparatives des sujets limites qui commettent des passages à l'acte auto-agressifs par automutilations. Les conclusions de la recherche de Dulit, Fyer, Leon, Brodsky et Frances, (1994), soutiennent que les sujets limites qui s'automutilent fréquemment constituent un sous-groupe de sujets limites qui sont de plus grands utilisateurs de services de soins psychiatriques. Également, ils présentent un plus haut risque de tentative de suicide, plus de diagnostics de dépression majeure, d'anorexie, de boulimie et consomment en plus grande quantité des médicaments que le groupe de sujets limites ne s'étant jamais automutilés. Selon Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994a), la relation entre les automutilations, le nombre de tentatives de suicide, leur gravité et leurs caractéristiques ont été étudiés dans de nombreuses études. Le groupe de sujets limites s'automutilant est différent des sujets limites sans automutilation. Les sujets s'automutilant présentent une plus grande impulsivité. Ils ont un fonctionnement social plus faible (au Global Assessment Scale), rapportent souffrir plus fréquemment de symptômes dépressifs, de symptômes psychotiques et présentent plus de traits de la personnalité limite. De plus, les sujets s'automutilant ont un score significativement plus bas que les sujets limites ne s'automutilant pas à l'indice de la colère, à l'agressivité dirigée vers les autres et à l'hostilité. Ainsi, les sujets limites s'automutilant perçoivent subjectivement moins de colère, d'hostilité et d'agressivité étant donné que ces affects sont expulsés par le passage à l'acte auto-agressif. Seulement 3.71% des sujets s'automutilant n'ont pas d'histoire de tentatives de suicide et 30.9 % des sujets ayant attenté à leur vie ne se sont jamais mutilés. Ainsi, les automutilations sont fortement associées aux tentatives de suicide. Néanmoins, la gravité des tentatives de suicide ne sont

pas liées aux automutilations. Ainsi, la présence ou l'absence d'automutilation n'est pas une indication sur la gravité médicale des agirs ou des intentions suicidaires. De plus, les résultats de cette étude concordent avec les hypothèses analytiques concernant la dynamique des agirs suicidaires. Par tradition, l'approche psychanalytique associe la tentative de suicide à l'automutilation et elle la considère comme une attaque agressive tournée vers soi. Menninger (voir : Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994a) considère l'auto-destruction localisée à un endroit du corps comme une tentative de suicide partielle. L'automutilation est donc un passage à l'acte auto-agressif qui est lié aux tentatives de suicide et les sujets limites s'automutilant sont plus gravement perturbés.

3. Déterminismes des agirs suicidaires du sous-groupe limite à risque de passage à l'acte suicidaire.

L'étude des déterminismes des agirs suicidaires du sous-groupe de sujets limites à risque de passage à l'acte suicidaire s'inscrit dans une approche psychanalytique et elle s'effectue en deux temps. Le premier s'emploie à préciser les concepts théoriques du passage à l'acte, tandis que le second fait une application de ces éléments théoriques aux sujets limites qui passent à l'acte suicidaire.

La notion d'agir est marquée par l'histoire de la technique psychanalytique. S. Freud (voir : Godfrind, 1993) a insisté sur la rupture que la mise en acte introduit, tel un court-circuitage de la mentalisation. L'activité de mentalisation est une élaboration psychique chargée de représenter dans un premier mouvement fantasmatique et figuratif les différents désirs. C'est une mise en forme langagière des pulsions dans laquelle intervient la figuration, la généralisation et l'abstraction. Elle s'emploie à diminuer l'impact

désorganisateur des stimulus externes et internes en les liant et en les détournant par une méthode qui constitue une opération de sens. L'affect, la représentation et la pensée sont des formes de mentalisation (Bergeret, 1994). Rousillon (1991) a rapporté que la chaîne des éléments psychiques dans le trajet de la mentalisation se résume à ceci : Soma → pulsion → affect (représentation psychique de la pulsion) → représentation de chose → représentation de mots → pensée réflexive. Dans ce trajet, chaque élément de la chaîne conserve, en le transformant à un autre niveau, l'élément précédent. Les représentants pulsionnels sont pris en charge par le Moi, c'est-à-dire par le processus secondaire qui caractérise le conscient, et ils deviennent des représentants de mot. Ainsi, de ce point de vue, l'agir court-circuite cette chaîne en un point ou un autre de son déroulement. Lors du passage à l'acte, il y a donc une évacuation des tensions dans l'agir, les mécanismes d'élaboration intellectuelle étant mis hors circuit (Danan, 1993; Kernberg, 1993).

Selon la conception du passage à l'acte, il existe une hiérarchie des agirs. À un extrême, les mises en acte qui sont des actions hautement complexes s'exprimant par des moyens variés, témoins d'une richesse fantasmatique sous-jacente. À l'autre extrême, les actions-décharges, qui sont des actes ponctuels régis par le principe économique. Entre ces deux pôles, il existe des manifestations d'agirs intermédiaires liées au sens, mais aussi au débordement de l'intégration mentale, ainsi qu'à la défense contre l'élaboration psychique et à l'expression directe des affects (Godfrind, 1993).

Or, les sujets limites présentent une propension à utiliser l'agir de façon immédiate, abrupte, brutale et fréquente (Godfrind, 1993). « Ces passages à l'acte sont le témoin d'un défaut de contention psychique. Son déterminisme répond à une pression économique. Sa qualité de décharge de l'excitation l'emporte sur le sens qui lui reste

cependant attaché » (Godfrind, 1993, p. 129-130). L'agir peut apparaître comme l'expression mal contrôlée d'un affect peu différencié aussi bien agressif qu'érotique. Sa valeur de court-circuitage de la mentalisation prend ici une importance accrue: il s'agit d'agir plutôt que de penser, ce qui constitue une résistance encore plus radicale au sens sous-jacent. Ce sens existe, bien que l'acte est un langage du corps privilégié par les personnalités lacunaires. Il véhicule donc une communication qui cherche à être entendue. À la limite de ces manifestations agies, il existe des passages à l'acte dont la signification s'estompe au point que l'on peut les désigner comme des «actions décharges» qui traduisent la rupture de contenance du Moi. L'action a alors une valeur de décharge visant à ramener la tension au plus bas (Godfrind, 1993). Suivant la conception de l'acte décharge, l'acting aboutit à une décharge directe d'une grande quantité d'excitation qui est ainsi radicalement soustraite aux processus de pensée et au trajet de la mentalisation (Rousillon, 1991). Le mode de décharge peut prendre trois formes différentes: motrice (musculaire), psychique (hallucinatoire), somatique (psychosomatique). Cette action décharge a pour finalité celle d'un mécanisme de défense contre la dépersonnalisation et contre les régressions accentuées (Godfrind, 1993). Cependant, l'acte décharge doit être considéré comme n'ayant pas uniquement une fonction défensive ou protectrice. Il contient aussi à l'état d'ébauche une pensée ou une représentation en train d'advenir ou de chercher à prendre forme. Selon Balier (1985), plusieurs auteurs ont parlé de défaut de mentalisation, alors que des processus psychologiques intenses et riches sont simplement masqués. Le passage à l'acte auto-agressif limite s'inscrit dans cette conception, bien qu'il efface la représentation et instaure le silence psychique (Balier, 1985; Godfrind, 1993). Les agirs suicidaires ont ainsi un sens spécifique pour chacun des sujets qui les commettent.

Or, il existe chez les patients limites des caractéristiques fondamentales des agirs suicidaires sur lesquelles l'approche psychanalytique a étayé sa compréhension (Kernberg, 1993). Bergeret (1985) a expliqué l'agir suicidaire chez le sujet état limite à l'aide de la violence fondamentale. Cette violence fondamentale est une violence archaïque et instinctuelle. Chez l'état limite cette violence est demeurée libre au sein d'une personnalité inachevée (Bergeret, 1985). Liée à l'angoisse de perte d'objet sur le mode d'indistinction «soi et l'autre», cette violence est retournée contre soi dans le passage à l'acte suicidaire. Le suicide a été compris en psychanalyse comme étant une attaque destinée à détruire une présence intérieure (Bergeret, 1985).

Plus précisément, selon Maltzberger et Buis (1990) et Kernberg (1993), les conduites suicidaires résultent d'un phénomène lié à la perturbation de l'internalisation. En général, les sujets borderlines ont internalisé leurs premières relations d'objet sous une prépondérance de l'agressivité, de sorte que leur toute première relation d'objet est dominée par la haine et l'envie (Kernberg, 1993). Cependant, cette expérience de haine s'accompagne de souffrance intense intenable que le sujet borderline cherche à soulager par tous les moyens. Les manifestations somatiques et les passages à l'acte peuvent être préconisés étant donné la fragilité des sujets borderlines et leur carence d'élaboration psychique. En effet, l'intolérance des expériences psychiques liée à la prédominance de la haine et de la douleur favorise l'expression brutale des conflits inconscients par la somatisation et le passage à l'acte. Ainsi, les agirs suicidaires sont la mise en acte directe des conflits inconscients liés aux relations primitives d'objets intériorisées et chargées d'agressivité. L'activation de la rage intense est traduite immédiatement en effort d'auto-agression (Kernberg, 1993). Diverses variétés de relations primitives s'articulant autour du clivage de l'objet peuvent ainsi émerger dans la dynamique des sujets borderlines

passant à l'acte suicidaire (Kernberg, 1993). Le sujet passe à l'acte en traitant une partie de son self non intégrée comme un objet séparé de lui et il dirige sa colère et ses pulsions agressives vers cette partie de lui-même (Yoemans, Hull & Clarkin, 1994). Le sujet borderline agissant s'identifie à la fois à l'agresseur lorsqu'il tente de décharger sa haine sur son corps et à la victime lorsqu'il souffre de l'agression. Le sujet borderline agissant peut également tenter de détruire la partie de son self qu'il considère mauvaise dans l'espoir que la partie bonne du self puisse survivre et s'épanouir (Kernberg, 1993). Kernberg (voir: Yoemans, Hull & Clarkin, 1994) considère les agirs suicidaires borderlines comme étant des actes représentant une intention meurtrière tournée vers une partie de soi considérée mauvaise. Pour plusieurs auteurs psychanalytiques, l'agir suicidaire est donc un effort pour composer avec le vide créé par l'absence d'objet interne rassurant et essentiel pour la quiétude de la vie psychique. Le suicide est un ultime effort pour négocier avec les lacunes et les échecs de l'internalisation (Kernberg, 1993; Maltzberger & Buis, 1990). Les sentiments de vide et d'incomplétude que rapportent les sujets suicidaires limites sont le résultat de cette pathologie de l'internalisation liée aux limites de soi floues.

De ce fait, Anzieu (1985; 1987) a élaboré une théorie traitant des défaillances des enveloppes psychiques et corporelles (limites de soi) qui a été ensuite appliquée chez les sujets limites suicidaires. Tout d'abord, le Moi-peau normal est l'équivalent du soi. C'est une unité psychosomatique qui se développe par étayage mais aussi par clivage et différenciation à partir du Moi-corporel. Le Moi-peau comporte une double face, interne et externe, avec un espace entre les deux. Cet espace est une aire transitionnelle entre le dedans-dehors où s'élabore l'identité du sujet dans sa relation à l'objet (Anzieu, 1985; 1987). Or, chez les personnalité limite il y a atteinte du Moi-peau. Des traumatismes répétés dans les premières relations ont fait violence au Moi-corporel ainsi qu'au Moi-

psychique (Anzieu, 1985; 1987). Ces atteintes aboutissent à des perturbations dans la distinction dedans-dehors avec cependant conservation d'une perception suffisante de la réalité sauf lors des périodes régressives transitoires de déstructuration. Selon ces concepts théoriques, l'acte suicidaire est une tentative de délimitation chez les sujets limites souffrant d'une carence de frontières intérieures-extérieures (Anzieu, 1985; 1987). Le frôlement de la mort leur permet de tenter de connaître et de faire reconnaître leur identité, par l'intermédiaire de leur corps (enveloppe corporelle) dont l'intégrité est mise en péril. L'atteinte corporelle étant le sacrifice fait pour sauvegarder l'identité psychique du danger d'anéantissement. Le jeu pulsionnel qui, au lieu de s'élaborer dans l'intrapsychique, s'exprime d'une manière agressive dans le passage à l'acte afin de restaurer l'image de soi. Dans la situation de crise, cette conduite auto-agressive semble avoir été la seule possibilité de défense et de communication (Nicolopoulou & Kindynis, 1989).

Aussi, le rôle des mécanismes de défenses dans le passage à l'acte suicidaire a été étudié par les auteurs psychanalytiques (Apter & al., 1989). Ils ont établi que les conduites suicidaires sont des modalités de réponse aux défaillances du système défensif des sujets limites (Sztulman, Pezous, Auby & Moron, 1993). Précisément, Apter et al. (1989) ont trouvé que le mécanisme de la répression est fortement lié aux tentatives de suicide et peu lié aux actes violents dirigés vers les autres. La répression est une opération psychique qui tend à faire disparaître en le réprimant dans le pré-conscient, un contenu déplaisant (Laplanche & Pontalis, 1988). Ce mécanisme est, en quelque sorte, l'inverse de la projection. Ce résultat signifie que la répression est un mécanisme qui amène le sujet limite suicidaire à réprimer et à retourner l'agressivité contre lui-même, tandis que le sujet limite hétéro-agressif projette l'agressivité sur autrui. Comme le soutient la psychanalyse, les mécanismes favorisant le passage à l'acte auto-agressif ou le passage à l'acte hétéro-

agressif sont différents et spécifiques. Selon Apter et al. (1989), moins les sujets limites présentent du déni, moins ils sont suicidaires et plus ils sont à risque de poser des actes violents hétéro-agressifs. L'évaluation adéquate de la réalité et les situations de vie anxiogènes avivent les affects dépressifs, ce qui les amène à se comporter de façon régressive, infantile et impulsive, commettant ainsi des agirs suicidaires (Apter & al. 1989). Les sujets limites utilisent donc l'agir suicidaire comme défense contre les affects dépressifs (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994b). En conséquence, l'anxiété est l'émotion la plus fortement associée à la population limite suicidaire alors que la colère est associée aux sujets limites ayant commis des actes hétéro-agressifs violents (Apter & al. 1989).

Caractéristiques psychopathologiques du sous-groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire : synthèse

Étant donné l'état des élaborations théoriques et des résultats empiriques actuels, il est possible d'affirmer qu'il existe plusieurs sous-groupes de sujets limites ayant leurs caractéristiques et leur pronostic spécifiques. Le sous-groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire constitue l'un de ces sous-groupes. Le sujet limite passant à l'acte suicidaire se distingue par sa tendance à présenter des traits antisociaux, de la toxicomanie, des troubles alimentaires, des symptômes psychotiques, des désordres affectifs; des abus sexuels passés, des abandons dans l'enfance, des hospitalisations répétées et des recours plus fréquent aux soins psychologiques ou psychiatriques (Fyer, Frances, Sullivan, Hurt, & Clarkin, 1988; Kernberg, 1993; Kjelsberg, Eikeseth & Dahl, 1991; Links, Heslegrave, Mitton, Reekum & Patrick, 1995; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994a; Stone, 1990 & 1994; Wagner & Linehan, 1994). Il s'automutile plus fréquemment, a un moins bon contrôle de ses affects et présente plus d'impulsivité et plus

de désordres de l'humeur lorsqu'il a passé à l'acte suicidaire dans le passé. Il rapporte souffrir davantage d'anxiété et ressentir moins d'hostilité. Il présente une plus grande gravité de la pathologie limite en ayant plus de symptômes constituant les critères diagnostiques et a un pronostic plus faible que le sujet limite n'ayant jamais passé à l'acte suicidaire (Hull, Yeomans, Clarkin, Li & Goodman, 1996; Kehrer & Linehan, 1996; Koenigsberg 1982; Mehlum, Friis, Vaglum & Karterud, 1994; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994b).

Il est permis de supposer que le sujet limite passant à l'acte suicidaire se situe à l'échelon inférieur de la pathologie limite, c'est-à-dire près du pôle psychotique (Kernberg, 1979). En conséquence, il présente plus d'imperfections dans la différenciation du soi et du non-soi (Anzieu, 1985; 1987; Bergeret, 1986). Le Moi de ce sujet a un développement plus primitif et il est plus faiblement organisé que les sujets limites ne passant pas à l'acte suicidaire (Bergeret, 1992; Grinker, Werble & Drye 1968; Kernberg, 1979; Smith, 1980). Ce Moi fragilisé a recours à des mécanismes de défense archaïques, comme le clivage de l'objet, qui sont souvent inefficaces (Kernberg, 1979, 1989; Perry, 1988; Reekum, Links, Mitton, Fedorov & Patrick, 1996). Il est donc plus difficile pour le sujet limite agissant de prendre en charge et de tolérer ses pulsions ainsi que ses angoisses sans risque d'être débordé et de passer à l'acte suicidaire (Godfrind, 1993; Kernberg, 1993; Maltzberger & Buis, 1990). La tension extrême suivie de décharge et ensuite d'extinction est utilisée comme protection contre une désorganisation psychotique (Balier, 1985). L'auto-agression des sujets limites a pour finalité de préserver l'intégrité du Moi (Balier, 1985).

Le test de Rorschach

Trouble de la personnalité limite, passage à l'acte suicidaire et Rorschach

Herman Rorschach a constaté le premier que certains individus, identifiés ultérieurement comme des sujets limites, performant bien aux tests structurés de type papier crayon mais très mal aux tests peu structurés de type projectif (Gunderson, 1984). La chute de leur performance est attribuable aux processus primaires massifs dont ils font preuve et qui sont mesurés par les tests projectifs qui y sont suffisamment sensibles (Murray, 1993). Le test de Rorschach est précisément un test non structuré qui permet l'émergence des processus primaires (Gunderson, 1984; Kernberg, 1979). Il est donc un outil indispensable à la connaissance du trouble limite étant donné la fréquence et l'importance des processus primaires de ces sujets (Acklin, 1993; Gacono, Meloy & Berg, 1992; Gunderson, 1984; Kernberg, 1979).

Ainsi, le Rorschach est une épreuve projective d'exploration de la personnalité permettant de mettre en évidence des dimensions durables construites par les individus (Exner, 1993). Les indices du test renvoient à des constantes du fonctionnement intrapsychique présentes avant puis après l'agir suicidaire et responsables de son déclenchement (Cahen, Sagnes & De Tychev, 1991; Eyman & Eyman, 1991; Frank, 1994a). Il existe une variété d'approches utilisées à l'aide du test de Rorschach afin d'évaluer le potentiel suicidaire d'un sujet. L'approche quantitative est la plus couramment utilisée par la recherche scientifique (Eyman & Eyman, 1991). Cette approche, qui est d'ailleurs favorisée par Exner (1993), procède par l'application d'une constellation d'indices, ainsi que par l'examen d'indices individuels afin d'évaluer le potentiel suicidaire d'un sujet.

La constellation d'indices du potentiel suicidaire

Le *Système Intégré* est un système de cotation du test de Rorschach, qui a été mis au point par Exner (1993). Dans ce système de cotation et d'interprétation, il existe une constellation d'indices qui évalue le potentiel d'agir suicidaire selon la vérification positive d'au moins 8 indices parmi les douze suivants : $FV + VF + V + FD > 2$, Color shading blends > 0 , $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$, $Mor > 3$, $Zd > 3.5$ ou < -3.5 , $es > EA$, $CF + C > FC$, $X + \% < .70$, $S > 3$, $P < 3$ ou > 8 , $Pure H < 2$, $R < 17$. Plus précisément, cette constellation suicidaire identifie les sujets qui présentent un potentiel de comportements auto-destructeurs (Exner, 1993). Elle peut être utilisée avec des sujets de 15 ans et plus (Exner & Wylie, 1977). Selon les auteurs, chacun des douze indices conserve leur signification habituelle qui a été établie par le *Système Intégré*. Un résumé de leur interprétation est présenté à l'Appendice A. Ainsi, un sujet ayant un ensemble d'au moins huit critères, ressent une souffrance et une frustration considérable. Il présente une désorganisation psychologique importante (Exner & Wylie, 1977). D'après Exner et Wylie (1977), ce sujet présente de l'introspection, mais celle-ci est douloureuse et elle est liée à un sentiment de honte. Ce sujet ne peut exprimer ses émotions facilement et directement. Lorsqu'il tente de les exprimer, il ne peut pas le faire de façon nuancée car il en perd le contrôle. De plus, il se sent dévalorisé dans les situations sociales. Ses ressources ne sont pas suffisamment disponibles pour faire face aux difficultés situationnelles, ce qui augmente sa désorganisation psychologique. Ce sujet peut être très préoccupé par les conventions sociales ou il ne s'en préoccupe plus. Ses perceptions de la réalité externe ne sont pas organisées de façon efficace. Il tend à interpréter les stimulus de manière erronée. Il est en colère et ses relations interpersonnelles sont tendues. Il présente donc une difficulté importante à créer ou à maintenir des relations

interpersonnelles, ce qui a pour conséquence de le maintenir dans un appauvrissement psychologique et un ralentissement psychomoteur (Exner & Wylie, 1977).

Cette constellation du potentiel suicidaire a été mise au point par Exner et ses collaborateurs en 1977, puis elle a été validée en 1986 (Exner, 1993). Afin de mettre au point cette constellation suicidaire, ils ont rassemblé 253 protocoles de sujets, provenant des quatre coins de l'Amérique du Nord. Ces protocoles ont été administrés par de nombreux cliniciens différents. Ces derniers n'ont pas employé la même méthode de passation et de cotation du test de Rorschach. Ainsi, cinquante-neuf protocoles proviennent de sujets ayant passé le test environs soixante jours avant leur tentative de suicide qui a été fatale; trente et un protocoles proviennent de sujets ayant passé un test de Rorschach soixante jours avant une tentative de suicide non mortelle et trente-trois protocoles proviennent de sujets ayant passé un test de Rorschach cinq jours après un agir suicidaire. Cent vingt trois sujets ayant attenté à leur vie ont donc été rassemblés. Exner et Wylie (1977) ont également pris soin de constituer trois groupes contrôles composés de cinquante sujets sans agir suicidaire présentant un épisode dépressif, de cinquante sujets schizophréniques sans histoire suicidaire et de cinquante sujets n'ayant jamais présenté d'histoire psychiatrique.

Par la suite, tous les protocoles des sujets ayant passé à l'acte suicidaire ont été divisés en trois différents groupes de sujets en fonction de l'intensité et de la gravité de la tentative suicidaire. Cette gravité a été évaluée à l'aide de la possibilité de sauvetage et en fonction de la rapidité des moyens employés afin de provoquer la mort. Ainsi, Exner et Wylie (1977) ont classé les cent trois sujets suicidaires en trois catégories. La première catégorie

est constituée de sujets ayant attenté à leur vie de façon mortelle et cette tentative a présenté une faible possibilité de sauvetage (par exemple : arme à feu, chute dans le vide, etc.). La seconde est composée de sujets qui ont attenté à leur vie à l'aide de méthodes suffisamment brutales pour produire la mort, mais laissant un délai suffisant pour permettre au personnel médical d'intervenir afin de les sauver (par exemple : pendaison, entailles aux organes non vitaux, etc.). Finalement, la dernière catégorie regroupe des sujets ayant employé des moyens qui ont peu de probabilité de provoquer la mort et qui laissent un long délai afin d'effectuer un sauvetage (par exemple : asphyxie, ingestion de médicaments etc.).

Précisément, Exner et Wylie (1977) considèrent que les variables employées par les diverses études ayant pour objectif la prédiction des tentatives de suicide, comportent de graves problèmes méthodologiques. Selon eux, les variables doivent tenir compte de la gravité de l'intention suicidaire et les données doivent être recueillies avant l'agir suicidaire afin d'avoir un caractère prédictif. Il semble donc que l'équipe d'Exner se soit ainsi employée à mettre au point la constellation du potentiel suicidaire dans cet objectif. Or, une méthode statistique a été développée dans l'objectif de constituer un ensemble d'indices qui permet d'identifier les sujets ayant effectué des suicides mortels classés dans la première catégorie. Cette méthode a d'abord été basée sur un programme d'analyses statistiques maisons (IBM 1800-18001) traitant des variables dichotomiques et des fréquences, ainsi que sur des Khi-Carré (Exner & Wylie, 1977). Les indices distinguant efficacement la première catégorie de sujets ont donc été priorisés dans les procédures statistiques afin que la constellation identifie efficacement les sujets appartenant à cette catégorie (suicide fatal effectué par des moyens hautement mortels). En effet, après plusieurs séries d'analyses statistiques, onze indices parmi tous les indices possibles se

retrouvant dans le *Système Intégré* ont été sélectionnés. Ensuite, d'autres analyses statistiques fondées sur l'examen des distributions de fréquences ont déterminé le nombre optimal de critères discriminant efficacement le groupe de sujets suicidaires décédés ayant employé des moyens hautement mortels.

En conséquence, aucun faux positif n'a été identifié par la constellation chez la population sans histoire psychiatrique (Exner & Wylie, 1977). La présence d'au moins huit critères distingue 75% des sujets décédés. Cependant, il apparaît que la présence de ces critères identifie peu les sujets dont les données ont été recueillies après leur passage à l'acte (45%) et tous les sujets ayant été classés dans la troisième catégorie (23%) (suicide non mortel fait par des moyens laissant un délai assez long pour un sauvetage). Exner et Wylie (1977) ont suggéré que la tentative de suicide peut avoir un effet cathartique et que celui-ci peut changer les données récoltées par le Rorschach après l'agir. Toutefois, cette hypothèse contredit la théorie établissant que les données du Rorschach renvoient à des constantes du fonctionnement intrapsychique des sujets. En somme, 25% des sujets décédés par suicide et 67% des sujets dont les données ont été recueillies après la tentative de suicide de la troisième catégorie ne sont pas discriminés à l'aide de la constellation suicidaire créée par cette étude. Les auteurs ont conclu qu'il existe plusieurs profils de sujets suicidaires qui, n'étant pas identifiés par les indices choisis dans la constellation suicidaire, réclament des études spécifiques afin de mieux comprendre leurs particularités.

Or, la validation de la constellation du potentiel suicidaire a été effectuée en 1986 (Exner, 1993). Pour ce faire, l'auteur a ajouté soixante et onze sujets au groupe de sujets décédés par suicide. Une série d'analyses statistiques basées sur les distributions de

fréquences et sur le test du Khi-Carré l'a amené à ajouter des indices qui augmentent le pourcentage de sujets identifiés par la constellation suicidaire (Exner, 1993). Ainsi, Exner a fait divers correctifs en ajoutant l'indice $Mor > 3$, en ajoutant à l'indice d'égoцентриté la possibilité d'être supérieur à .44 et en augmentant le nombre total de critères de la constellation à douze au total. Ces modifications ont augmenté à 83%, le pourcentage des sujets décédés par suicide et identifiés par la constellation. Exner a donc poursuivi et raffiné les analyses statistiques déjà entreprise en 1977, dans ce même objectif d'identifier le groupe de sujets décédés par suicide de la première catégorie (Exner, 1993). Ces procédés ne sont pas conformes aux procédures de validation statistique reconnues. Aucune solution n'a été apportée pour les sujets qui n'ont pas été identifiés par la constellation du potentiel suicidaire. Parce qu'elle a été construite auprès d'une population s'étant suicidée, cette constellation semble identifier efficacement les sujets ayant commis un suicide mortel, mais faiblement les sujets ayant commis un agir suicidaire non mortel (Exner, 1986; Exner & Wylie, 1977).

Précisément, la constellation du potentiel suicidaire a été l'objet de plusieurs critiques méthodologiques. Il semble que l'association des indices composant la constellation a été déterminée seulement par des analyses statistiques, sans que ses auteurs ne s'interrogent sur le rationnel théorique de la combinaison de ces indices. Les auteurs n'ont pas testé des hypothèses fondées sur une théorie reconnue. Ils ont procédé à une méthode statistique aléatoire laissant au hasard le sens qu'a pris cette constellation d'indices suicidaires. Le sens théorique de celle-ci a été interprété après sa création.

Aussi, selon Wood, Nezworski et Stejskal (1996a; 1996b), les procédés statistiques de la validation de 1986 ne donnent pas des résultats satisfaisants. En effet, puisque que la taille de l'échantillon est considérablement plus grande lors de la validation (une augmentation de 72 sujets) et le nombre d'indices plus grand, le pouvoir de discrimination de la constellation devait rétrécir. Cependant, il n'a pas suffisamment diminué car il est passé de 75% à 74% lors de la validation. Selon ces auteurs, le nombre de sujets identifiés (74%) devait être plus petit, car la probabilité d'erreur a augmentée avec la taille de l'échantillon. La diminution de 1% du pouvoir discriminant n'est pas suffisante et elle permet d'émettre un doute sur la validité de cette constellation (Wood, Nezworski & Stejskal, 1996a; 1996b). Également, la variation du moment de la passation du test de Rorschach (2 à 90 jours) fait aussi l'objet d'une critique méthodologique (Wood, Nezworski & Stejskal, 1996a; 1996b). De plus, ces auteurs questionnent l'utilisation de la fréquence de réponse (R) dans la constellation suicidaire. Selon eux, elle indique davantage l'intelligence, le statut socio-économique et l'éducation du sujet plutôt que la signification qu'Exner (1993) lui attribut. Également, Meyer (1993) a établi que le nombre de réponses d'un protocole (R) détériore l'efficacité et la validité externe de la constellation suicidaire lorsque le nombre de réponses dépasse le nombre moyen de réponses attendus généralement d'un sujet. De plus, la grande variété de cliniciens qui ont procédé à la passation du test, les différentes méthodes d'enquête qui ont été employées et l'absence de contrôle diagnostique des sujets suicidaires constituent des biais importants de cette étude. L'absence de contrôle de ces variables induit une multitude d'effets possibles sur les résultats de l'étude d'Exner et Wylie (1977).

Par ailleurs, Eyman et Eyman (1991; 1992) ont effectué une étude à l'aide de la constellation suicidaire. Un échantillon de cinquante sujets ayant attenté à leur vie de

façon mortelle et non mortelle a été constitué. Seulement un sujet décédé et un sujet ayant survécu ont présenté plus de huit critères de la constellation suicidaire. Paradoxalement, ce sujet ayant survécu au suicide a présenté un nombre plus élevé d'indices de la constellation. Aussi, les résultats de cette recherche indiquent que la constellation du potentiel suicidaire n'est pas plus efficace à identifier les sujets qui ont passé le test de Rorschach peu de temps avant leur tentative, qu'à distinguer les sujets ayant tenté à leur vie très longtemps avant la passation du Rorschach.

À la lumière de ces résultats et de ces critiques, ces auteurs émettent des doutes quant à l'efficacité de cette constellation à prédire les comportements suicidaires (Eyman & Eyman, 1991; Meyer, 1993; Wood, Nezworski et Stejskal; 1996a, 1996b). D'autres auteurs, plus nuancés, affirment qu'il s'agit davantage d'indices révélant le profil de sujets préoccupés par l'autodestructivité (Arfa cité dans Frank, 1994a; Hansell, Lerner, Milden et Ludolph, 1988). Or, la méthode d'interprétation d'Exner (1993) prescrit l'application de la constellation du potentiel suicidaire à tous les types de clientèles, sans restriction (Exner, 1993). Cependant, lors de la mise au point de la constellation, le diagnostic de l'axe II (DSM IV) de la population de cette étude n'a pas été contrôlé. La troisième catégorie de sujets d'Exner (sujets qui ne décèdent pas et qui emploient des moyens qui ne provoquent pas instantanément la mort) présente plusieurs similitudes avec les sujets limites qui passent à l'acte suicidaire et qui survivent. Il y a lieu de s'interroger quant à l'application de la constellation suicidaire aux sujets limites étant donné que la pathologie limite est sujette aux passages à l'acte suicidaire récurrents et que la constellation distingue difficilement les sujets de la troisième catégorie. Aucune étude n'a vérifié ce point. Il est donc impossible de certifier que l'ensemble de cette constellation ou que chacun de ses

indices sont efficaces afin d'identifier un sujet limite suicidaire, d'un sujet limite non suicidaire.

Également, en plus de distinguer les sujets suicidaires, de nombreux indices individuels provenant de la constellation sont aussi utilisés afin de poser un diagnostic psychopathologique. Précisément, Exner (1986) a tenté de mettre au point des indices diagnostiques qui permettent d'identifier les sujets schizophrènes parmi les sujets limites. C'est dans cet objectif qu'Exner (1986) a testé tous les indices possibles de son système de cotation. C'est ainsi que la constellation du potentiel suicidaire a été mise à l'épreuve auprès des sujets limites. Toutefois, Exner (1986) n'a pas vérifié la présence d'agirs suicidaires chez les sujets. Selon ces résultats, les sujets limites ne cotent pas significativement plus la constellation suicidaire. Seulement 10.7% de l'échantillon limite cote positivement la constellation et chacun des sujets limites présente en moyenne cinq indices de la constellation (Exner, 1986). Aussi, d'autres résultats révèlent que les indices $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$; $Zd > 3.5$ ou < -3.5 ; $CF + C > FC$; $X + \% < .70$; $es > EA$; $Pure H < 2$ sont des indices caractéristiques de la pathologie limite contribuant à poser un diagnostic limite (Acklin, 1993; Berg, 1990; Gacono, Meloy & Berg, 1992; Gartner, Hurt & Gartner, 1989; Hilsenroth, Hibbard, Nash & Handler, 1993; Murray, 1993). Cependant, parce que ces indices font partie de la constellation suicidaire, ils servent également à identifier les sujets suicidaires (Exner, 1986). Il y a lieu de s'interroger si et comment cette double utilisation de ces indices affecte l'efficacité de la constellation à identifier les agirs suicidaires potentiels lorsque les sujets présentent un diagnostic limite. Aussi, il peut être pertinent de vérifier si chacun des indices individuels provenant de la constellation distingue les sujets limites passant à l'acte suicidaire, des sujets limites sans agir suicidaire.

Indices individuels du test de Rorschach

L'étude des indices individuels qui identifient les sujets limites suicidaires se divise en deux parties. La première se consacre à l'examen des indices individuels qui proviennent de la constellation du potentiel suicidaire d'Exner et Wylie (1977). La seconde procède à l'étude d'indices individuels qui ne proviennent pas de cette constellation du potentiel suicidaire mais qui sont généralement associés aux agirs limites auto-agressifs.

Indices individuels provenant de la constellation du potentiel suicidaire.

Selon les écrits scientifiques, plusieurs indices provenant de la constellation suicidaire, tel que l'indice de la honte ou de la culpabilité ($Vista > 0$), l'indice de la confusion émotive ($Color\ shading\ blends > 0$), l'indice des blessures du Moi (Mor), l'indice de résistance ou de dépression ($R < 17$), l'indice d'estime de soi ($3r + (2)/R$), etc., même lorsqu'ils sont pris individuellement, contribuent à distinguer les sujets suicidaires de la population générale (De Tychey, 1994; Eyman & Eyman, 1991; Exner & Wylie, 1977; Frank, 1994a; Hansell, Lerner, Milden & Ludolph, 1988; Lee Silberg & Armstrong, 1992; Passalacqua, Echenique, Herrera & Orcoyen, 1996). Or, parmi les indices individuels compris dans la constellation suicidaire, deux sont plus directement associés aux sujets limites agissants. D'une part, ces deux indices sont employés pour reconnaître les sujets limites de l'échelon inférieur de la pathologie limite donc susceptibles de passer à l'acte suicidaire (Gartner, Hurt & Gartner, 1989; Smith, 1980; Sugarman, 1980). D'autre part, ils sont utilisés pour identifier des sujets limites suicidaires (Cahen, Sagnes & De Tychey, 1991; Frank, 1994a; 1994b; Gartner, Hurt & Gartner, 1989). De plus, ces indices coïncident avec ceux habituellement rencontrés chez les sujets suicidaires sans histoire psychiatrique (Exner, 1993; Frank, 1994a; Gartner, Hurt & Gartner, 1989; Lee Silberg et Armstrong, 1992).

Ainsi, plusieurs auteurs soutiennent que les indices $CF + C > FC$ et $F+\% < .70$ (ou son équivalent dans le *Système Intégré*, l'indice $X+\% < .70$) sont significativement présents chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire (Acklin, 1993; Frank, 1994a; 1994b; Gartner, Hurt & Gartner, 1989; Smith, 1980; Sugarman, 1980). En effet, l'indice $CF + C > FC$ indique la présence d'impulsivité chez le sujet (Exner, 1993). Cet indice est lié à la difficulté à nuancer les affects et les émotions. En conséquence, ceux-ci submergent le sujet l'amenant à présenter un caractère impulsif (Exner, 1993). Cahen, Sagnes et De Tychev (1990) ont conclu que les sujets limites ayant commis un passage à l'acte suicidaire présentent une carence d'élaboration symbolique des pulsions, ce qui favorise l'impulsivité et les agirs. Précisément, les auteurs psychanalytiques ont établi que les fonctions du Moi modulent l'expression des affects et contrôlent les actions qui en résultent (Frank, 1995). Cet indice se trouve donc plus fréquemment chez le sujet limite passant à l'acte suicidaire (Frank, 1994a; 1994b; Smith, 1980). Par ailleurs, l'indice $F+\% < .70$ (ou son équivalent dans le *Système Intégré*, le $X+\% < .70$), indiquent la faiblesse de la qualité de l'organisation des stimulus provenant de la réalité externe (Exner, 1993). Aussi, l'association de ces indices avec l'indice $CF + C > FC$ signifie l'incapacité du sujet à exercer un contrôle interne, afin de prendre en charge les tensions et de mettre à distance les conflits pour ne pas se laisser submerger par eux et devenir impulsif (Exner, 1993). Frank (1995) a proposé une interprétation analytique de ces indices. Il a suggéré qu'ils signalent les difficultés du fonctionnement du Moi chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire (Frank, 1995). Ces affirmations théoriques concordent avec les résultats de Hull, Yeomans, Clarkin, Li et Goodman, (1996); Kehrer et Linehan, (1996); Koenigsberg, (1982); Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud, (1994); Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich, (1994b), quant à la présence d'impulsivité, à la présence de symptômes psychotiques fréquents, au nombre plus élevé d'hospitalisations et à la plus grande sévérité de la pathologie limite des sujets passant à l'acte suicidaire. Chez le sujet limite gravement

atteint, le Moi est plus faiblement organisé (Bergeret, 1992; Grinker, Werble & Drye, 1968; Kernberg, 1979; Smith, 1980). Il est donc plus difficile pour ce Moi de prendre en charge les affects sans risque d'être débordé et de passer à l'acte suicidaire (Godfrind, 1993; Kernberg, 1993; Maltzberger & Buis, 1990). En somme, les indices $CF + C > FC$ et $F+\% < .70$ (ou son équivalent le $X+\% < .70$) devraient apparaître plus fréquemment chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire.

Autres indices individuels associés au passage à l'acte suicidaire limite.

Par ailleurs, Smith (1985) a soutenu que d'autres indices qui ne sont pas compris dans la constellation du potentiel suicidaire peuvent dégager les vulnérabilités intrapsychiques qui prédisposent à l'agir suicidaire limite. En effet, les auteurs Gacano et Meloy, (1994); Gartner, Hurt et Gartner (1989); Smith, (1980) et Sugarman, (1980) ont affirmé que l'indice de couleur achromatique ($FC' + C'F + C'$), la somme des Cotes Spéciales (Sum 6), l'indice de surcharge situationnelle (D) et de surcharge chronique (D ajust) ainsi que l'indice des besoins affectifs différents de la moyenne (Sum T) se présentent plus fréquemment chez les sujets limites de l'échelon inférieur de la pathologie et chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire.

Précisément, l'indice $FC' + C'F + C'$ signale la présence d'affects dépressifs et de désespoir qui favorisent une tendance à recourir à l'agir afin de calmer ces affects douloureux (Exner, 1993). Selon Gartner, Hurt et Gartner, (1989); Lee Silberg et Armstrong (1992) et Sugarman (1980), cet indice est présent chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire. Ces élaborations théoriques correspondent aux conclusions de Shearer, Peters, Quaytman et Wadman (1987) et de Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich

(1994b) concernant la présence des désordres de l'humeur chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire. De plus, la somme des Cotes Spéciales (Sum 6) témoigne de la présence d'un trouble de la pensée, d'erreurs de jugements et d'une distorsion de la réalité (Exner, 1993). L'interprétation psychanalytique propose que cet indice désigne l'émergence brutale des processus primaires dans la pensée du sujet (Frank, 1995; Meloy & Singer, 1991). Comme ces processus dépendent du fonctionnement du Moi, la somme totale des Cotes Spéciales peut être liée à la sévérité de la psychopathologie (Frank, 1995; Meloy & Singer, 1991). Selon Smith (1980), cet indice est plus élevé chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire parce que ceux-ci se situent près du pôle psychotique, qu'ils présentent davantage de symptômes psychotiques et que leur Moi est plus faiblement organisé. C'est également pour ces mêmes raisons que Gartner, Hurt et Gartner (1989) ont affirmé que l'indice D est inférieur chez les sujets limites suicidaires. Le D démontre la qualité immédiate de la structure de la personnalité en incluant les facteurs de stress situationnel. Il est lié à la capacité de contrôle, d'intégration des affects et à la tolérance au stress (Exner, 1993). D'ailleurs, il est permis de croire que les sujets limites suicidaires ont un D ajusté plus faible, car celui-ci révèle la qualité de la structure de la personnalité (Exner, 1986; 1993). Aussi, l'indice Sum T se rapporte aux besoins affectifs des sujets. Lorsqu'il tend vers zéro, les besoins affectifs du sujet sont niés et les rapports interpersonnels sont superficiels (Exner, 1993). Selon Gacono et Meloy (1994), la sum T de zéro se trouve chez les sujets limites agissants situés près du pôle psychotique. Selon les résultats de Gacono et Meloy (1994), de Stone (1990, 1994) et de Yoemans, Hull et Clarkin (1994), il est permis de croire que les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent un indice Sum T plus faible que les sujets limites ne passant pas à l'acte suicidaire.

D'autres indices identifient les sujets limites passant à l'acte suicidaire. En effet, le nombre de Ag est plus élevé chez les sujets limites gravement atteints (Smith, 1980). Cet indice signale la présence d'une colère consciente et un caractère colérique (Exner, 1993). Aussi, Cahen, Sagnes et De Tychev (1991), et De Tychev (1994) ont trouvé un indice d'angoisse élevé (An + Bl) chez ces mêmes sujets, ce qui concorde avec un indice qu'Exner (1993) a associé au suicide sans pourtant l'inclure dans la constellation suicidaire. Selon Apter et al. (1989), l'anxiété est l'émotion la plus fortement associée aux sujets limites suicidaires alors que la colère est associée aux sujets limites ayant commis des passages à l'acte hétéro-agressif violents (Apter & al. 1989). Cependant, ces résultats vont à l'encontre des conclusions de Gacono, Meloy et Berg (1992), de Kjelsberg, Eikeseth et Dahl (1991) et de Soloff, Lis Kelly, Cornelius et Ulrich (1994a) concernant l'agressivité. Selon Gacono, Meloy et Berg (1992), les sujets limites situés près du pôle psychotique ne présentent pas plus d'agressivité consciente et mentalisée ($Ag > 3$) et d'agressivité inconsciente ($S > 3$) que les sujets limites ne passant pas à l'acte. De plus, les sujets limites suicidaires rapportent ressentir moins d'hostilité et moins d'angoisse que les sujets limites non suicidaires (Kjelsberg, Eikeseth & Dahl, 1991; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994a). Quoiqu'il en soit, il semble que l'indice de colère et l'indice d'angoisse sont plus fréquents chez les sujets limites suicidaires (Cahen, Sagnes & De Tychev, 1991; De Tychev, 1994; Exner, 1993; Smith, 1980).

En conséquence, à l'aide d'indices provenant du test de Rorschach et du test SCID II, il sera possible de différencier les caractéristiques intrapsychiques du groupe de sujets ayant passé à l'acte suicidaire (groupe 1), en comparaison aux sujets n'ayant jamais passé à l'acte suicidaire (groupe 2) en fonction des hypothèses suivantes.

Hypothèses

1. Constellation du potentiel suicidaire

H: 1 Le groupe 1 (sujets suicidaires) comprendra plus de sujets répondant aux critères de la constellation suicidaire que le groupe 2 (sujets non suicidaires).

2. Indices individuels provenant de la constellation du potentiel suicidaire

H: 2 Le groupe 1 comprendra plus de sujets répondant à chacun des indices individuels provenant de la constellation suicidaire que le groupe 2 :

- 2.1 $FV+VF+V+FD > 2$ (introspection douloureuse);
- 2.2 Color-shading blends > 0 (confusion émotionnelle);
- 2.3 $Mor > 3$ (blessure à l'identité);
- 2.4 $es > Ea$ (exigences plus fortes que les ressources individuelles);
- 2.5 $S > 3$ (agressivité inconsciente);
- 2.6 $\frac{3r+(2)}{R} < .31$ ou $> .44$ (faible estime de soi ou égocentricité);
- 2.7 $Zd < -3.5$ ou > 3.5 (cognitions);
- 2.8 $P < 3$ ou > 8 (conformité ou marginalité);
- 2.9 $CF+C > FC$ (impulsivité);
- 2.10 $X+\% < .70$ (contrôle de soi);
- 2.11 $Pure H < 2$ (relations interpersonnelles insatisfaisantes);
- 2.12 $R < 17$ (résistance ou dépression).

3. Autres indices

H: 3.1 Le groupe 1 aura des scores supérieurs au groupe 2 aux indices suivants :

- 3.1.1 $FC' + C'F + C'$ (dépression) ;
- 3.1.2 Sum Cotes Spéciales (Sum 6) (trouble de la pensée);
- 3.1.3 $AN+BL$ (angoisse);
- 3.1.4 Ag (agressivité mentalisée);
- 3.1.5 Sum Vista (honte, culpabilité);
- 3.1.6 $\frac{3r+(2)}{R}$ (estime de soi).

H: 3.2 Le groupe 1 aura des scores inférieurs au groupe 2 aux indices suivants :

3.2.1 F+% (contrôle de soi);

3.2.2 D (surcharge émotionnelle situationnelle);

3.2.3 Da (surcharge émotionnelle chronique);

3.2.4 FT+TF+T (besoins affectifs).

4. Sévérité du trouble de la personnalité en fonction du passage à l'acte suicidaire

H4: La sévérité variant selon le nombre des critères diagnostiques, le groupe 1 aura un nombre plus grand de critères diagnostiques que le groupe 2.

Méthode

Sujets

L'échantillon est composé de trente-trois sujets dont le diagnostic sur l'axe II est un trouble limite de la personnalité. Ils ont été répartis en deux groupes en fonction de la présence du critère cinq du DSM-IV. Ainsi, le premier groupe est composé de 17 sujets qui ont passé à l'acte suicidaire au moins une fois dans leur vie. De plus, cet agir suicidaire devait avoir nécessité des soins médicaux. Le Tableau 1 présente les caractéristiques cliniques de ces passages à l'acte suicidaire.

Tableau 1
Caractéristiques Cliniques des Passages à l'Acte Suicidaire des Sujets Agissants ($N = 17$)

PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE	n	M
<i>Nombre de sujets ayant fait une tentative de suicide</i>	17	
Nombre moyen de tentatives de suicide par sujet		2.23
<u>Types de tentatives de suicide</u>		
• accidents de voiture provoqués volontairement	02	
• asphyxie	01	
• entailles (poignets, mains, bras et jambes)	08	
• pendaison	02	
• surdosage de médicaments	15	
• plusieurs moyens employés simultanément	10	
<i>Nombre de sujets s'étant automutilés</i>	10	
Nombre moyen d'épisodes automutilatoires par sujet		10.80
<u>Types d'automutilations (nombre d'épisodes)</u>		
• brûlures	03	
• ecchymoses	37	
• scarifications	68	

Les 16 sujets du second groupe n'ont jamais commis de comportement auto-agressif (ayant ou n'ayant pas nécessité des soins médicaux) bien qu'ils présentent des idéations suicidaires. Ils présentent donc aucun antécédent suicidaire. Aussi, les sujets qui ont présenté des troubles psychotiques de l'axe I et des passages à l'acte hétéro-agressifs ont été exclus de l'échantillon. Aussi, la comorbidité a été minutieusement notée. Le Tableau 2 présente une synthèse des informations socio-démographiques de l'ensemble des sujets. Il apparaît que la majorité de l'échantillon est constituée de sujets féminins, ce qui correspond à la proportion de femmes rencontrées dans la population limite (APA, 1994; Waltz 1994).

Tableau 2
Informations Socio-Démographiques des Sujets
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variables descriptives	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Total (N = 33)
	(n)	(n)	(n)
Sexe			
• Féminin (n)	10	12	22
• Masculin (n)	07	04	11
Âge (M)	34.59	35.75	35.15
Scolarité			
• Secondaire (n)	11	07	18
• Collégiale (n)	03	04	07
• Universitaire (n)	04	04	08
Nb de sujets présentant des idéations suicidaires	17	16	33
Nb d'hospitalisations psychiatriques	52	04	56

Par ailleurs, la population de cet échantillon a été recrutée au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière, au Centre Hospitalier Ste-Marie de Trois-Rivières et au Centre Universitaire de Services Psychologiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières, où se déroule une étude sur l'évolution psychosociale des personnalités limites. Afin de faciliter le processus de recrutement, l'expérimentatrice s'est assurée la collaboration des psychiatres et des psychothérapeutes oeuvrant dans chacun de ces milieux. Ainsi, les sujets ont été sollicités par leur psychiatre ou leur psychothérapeute traitant. Lorsque des individus consentaient à participer à l'étude, ses coordonnées étaient transmises à l'expérimentatrice. En échange de leur participation et de leur consentement éclairé, elle s'est engagée à remettre aux psychiatres et aux psychothérapeutes un résumé des résultats personnels de chacun des sujets.

Matériel

La passation des tests s'est déroulée dans chacun des milieux où ont été recrutés les sujets. Une salle d'entrevue individuelle avait été réservée à cet effet. De plus, les questionnaires papier-crayons, les dix planches du test de Rorschach, un magnétophone et une caméra vidéo ont composés l'ensemble du matériel requis par l'étude.

Instruments de mesures

Un questionnaire socio-démographique et clinique a été développé pour l'étude par la directrice de la recherche. Il a été inspiré d'études portant sur le passage à l'acte (Links, 1990). Ce questionnaire a pour but de définir, avec exactitude, les caractéristiques

individuelles et l'histoire de chacun des passages à l'acte. Une copie de la partie du questionnaire concernant les passages à l'acte se trouve à l'Appendice B.

Aussi, la version française du «Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID I et II» adaptée au DSM-IV a été administrée afin de poser les diagnostics sur les axes I et II (Spitzer, Williams & Gibbon, 1990; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992). Cette version française a été effectuée par les membres du laboratoire de psychogénétique moléculaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval. Les propriétés psychométriques du SCID I démontrent que l'accord interjuge est assez bon car le coefficient K varie entre 0.69 et 0.84 pour les troubles de l'humeur et pour les troubles psychotiques (William & al. 1992). Selon Jacobsberg, Perry et Frances (1995), l'efficacité du SCID II est acceptable étant donné que le diagnostic limite présente un pourcentage de faux positifs de moins de 1.9%. Ils ont soutenu aussi que le coefficient K est 0.61 pour le groupe des personnalités dramatiques (histrionique, limite, narcissique et antisociale), ce qui assure la fiabilité de l'instrument. Ainsi, afin de s'assurer de la validité des diagnostics limites qui ont été posés à l'axe II, des accords interjuges ont été effectués pour cette étude. En effet, la validation interjuge a été réalisée à l'aide de dix sujets choisis au hasard. Les accords portaient sur la présence d'au moins cinq critères du trouble limite de la personnalité chez le sujet. La validation interjuge démontre que les diagnostics posés sont fiables car aucun désaccord concernant ces diagnostics limites n'a été noté.

Finalement, le test de Rorschach a été utilisé afin d'évaluer les dimensions intrapsychiques. La méthode de passation et le système de cotation d'Exner (1993; 1995) ont été utilisés assurant au test une validité et des qualités psychométriques reconnues (Acklin, Mcdowell & Orndoff 1992; Exner 1993; Mcdowell & Acklin, 1996; Meyer 1993;

Navran 1983; Parker 1983; Sciara 1996). Précisément, le degré d'accord interjuge varie de 0.83 à 0.85 selon les auteurs (Acklin, Mcdowell & Orndoff 1992; Parker 1983; Sciara 1996). Ainsi, afin de s'assurer de la fiabilité de l'instrument, des validations interjuges ont été effectuées sur les variables suivantes: la *qualité de la forme* (FQ), les *déterminants* et les *Cotes Spéciales* pour chaque réponse. Douze protocoles de cette étude ont été choisis au hasard. Les accords interjuges démontrent que le degré d'accord interjuge est de 0.89 pour la variable FQ; qu'il est de 0.86 pour la variable *déterminant* ; qu'il est de 0.87 pour les *Cotes Spéciales* et enfin il est de 0.87 pour l'ensemble de ces trois variables. Ces validations interjuges démontrent que la validité des protocoles de l'étude est acceptable car les accords interjuges varient habituellement de 0.79 à 0.95 pour le FQ, de 0.83 à 1.0 pour les *déterminants* et de .77 à 1.0 pour les *Cotes Spéciales* (Acklin, Mcdowell & Orndoff, 1992; Sciara, 1996).

Déroulement

La première étape de l'étude a été consacrée à la formation de l'expérimentatrice. Une vingtaine d'heures ont été consacrées à l'apprentissage de la méthode de passation du test du SCID I, du SCID II et du test de Rorschach. Des pratiques supervisées ont été ajoutées à cette formation afin de la compléter.

Après s'être assuré la collaboration des psychiatres et psychothérapeutes des milieux d'expérimentation choisis, la passation des tests a eu lieu. Lorsqu'un sujet était disponible, un rendez-vous a été fixé. La passation des tests a débuté par la signature du formulaire de consentement éclairé et par la connaissance des modalités de l'étude (objectifs, confidentialité et remises de résultats individuels). Le test de Rorschach a été désigné

comme le premier instrument à être administré. Cette procédure a prévenu la contamination de ce test projectif par d'autres tests et a maintenu l'attention des sujets. La passation s'est poursuivie par le SCID II, le questionnaire socio-démographique et s'est terminée par le SCID I. Environ trois entrevues ont été nécessaires pour chaque sujet afin de conclure la passation de tous les tests. Une entrevue complète a été habituellement consacrée à la passation du test de Rorschach et du SCID II. Elles ont eu une durée moyenne de trois heures chacune. Aussi, des pauses ont été prévues afin de reposer les sujets qui sont fragiles et facilement fatigables.

Par la suite, les questionnaires ont été codés afin de conserver l'anonymat des sujets, puis corrigés. La cotation des protocoles de Rorschach a été encadrée par une supervision rigoureuse. Le logiciel RIAP 3 a été utilisé afin de procéder au calcul des différentes variables. Un rapport regroupant les résultats sommaires des tests de Rorschach, du SCID I et II a été rédigé et remis au thérapeute de chacun des sujets, en guise de remerciement pour leur collaboration.

Finalement, des accords interjuges ont été effectués pour le test de Rorschach (à l'aide des verbatims) et pour le SCID II (à l'aide des entrevues filmées). Ainsi, deux cotateurs, supervisés et possédant la formation requise, ont coté les protocoles. La directrice de l'étude avait été désignée comme juge critère.

Résultats

L'analyse des données

Le système de cotation d'Exner (1993, 1995) a été employé afin d'effectuer les transformations (additions de fréquence, pourcentages, etc.) des données brutes du test de Rorschach. Ces transformations ont généré les indicateurs de mesures (nommé indices) qui ont fait l'objet des différentes analyses statistiques. Puisque les diverses hypothèses de recherche cherchent à confirmer une différence entre le groupe de sujets ayant passé à l'acte suicidaire et le groupe de sujets sans agir suicidaire, les analyses statistiques qui ont été choisies sont le Khi Carré et le Test-T. En raison du faible échantillonnage, l'analyse de variance multivariée Manova a été exclue.

Présentation des résultats

Chacune des hypothèses émises précédemment est examinée à la lumière des résultats obtenus. Pour ce faire, la constellation suicidaire a été étudiée en premier lieu en référence à l'hypothèse 1 de cette étude. L'hypothèse 2 concerne les indices individuels provenant de la constellation suicidaire et elle est présentée en second lieu. La présentation se poursuit avec l'examen de la troisième hypothèse qui porte sur les autres indices individuels associés au passage à l'acte suicidaire. Elle est divisée en deux parties (3.1 et 3.2). Cette division a été effectuée selon la direction attendue des scores du groupe 1 (aura-t-il des résultats plus élevés ou moins élevés que le groupe 2). Une quatrième hypothèse concernant la sévérité du trouble limite de la personnalité terminera la présentation des résultats de cette étude.

1. La constellation du potentiel suicidaire

Tableau 3

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Constellation Suicidaire en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Total (N = 33)
	% (n)	% (n)	
Constellation suicidaire			
Sujets répondant à la constellation	17.6% (n=3)	6.3 % (n=1)	12.1% (n=4)
Sujets ne répondant pas à la constellation	82.4% (n=14)	93.8% (n=15)	87.9%(n=29)
Khi-carré	$X^2 (1, N = 33) = 1.0, ns$		

Le Tableau 3 présente les résultats se rapportant à l'hypothèse 1. À la lecture de ce tableau, le test du Khi-carré indique l'absence d'une différence significative relative à la constellation suicidaire entre le groupe de sujets ayant passé à l'acte suicidaire (17.6%) et le groupe de sujets sans agir suicidaire (6.3%). Seulement 3 sujets suicidaires (12.1%) répondent aux critères de la constellation suicidaire. Ainsi, il est impossible d'affirmer que le groupe de sujets suicidaires comprend significativement plus de sujets répondant aux critères de la constellation du potentiel suicidaire que le groupe de sujets non suicidaires ($X^2 (1, N = 33) = 1.0, ns$). Cette hypothèse est donc rejetée.

Par ailleurs, comme l'indique le Tableau 7 situé à l'Appendice C, il existe une concentration de sujets répondant à cinq et six critères de la constellation du potentiel suicidaire. Treize sujets suicidaires répondent à plus de cinq critères de la constellation suicidaire, tandis que douze sujets non suicidaires répondent à plus de six critères de la constellation. En effet, les sujets passant à l'acte suicidaire répondent en moyenne à 5.47 indices, alors que les sujets n'ayant jamais passé à l'acte répondent à 5.38 indices en moyenne. L'ensemble des trente-trois sujets limites de l'échantillon répond donc à 5.42 indices de la constellation suicidaire en moyenne.

Ces constatations ont encouragé la poursuite des analyses statistiques afin de procéder à un examen approfondi du type et du nombre de critères cotés selon les groupes de sujets. Dans cette seconde analyse, une attention particulière a été portée aux sujets passant à l'acte, puisque ceux-ci devaient logiquement coter les indices de la constellation. Ainsi, comme le démontre le Tableau 8 situé en appendice C, il apparaît que plusieurs indices de la constellation suicidaire sont très peu cotés par le groupe de sujets passant à l'acte suicidaire alors que d'autres le sont de façon systématique par l'ensemble des trente-trois sujets limites. En effet, le groupe de sujets passant à l'acte suicidaire répondent peu aux indices $FV+VF+V+FD > 0$, $Mor > 3$, $S > 3$, $P < 3$ ou > 8 , $Pure H < 2$ et $R < 17$ de la constellation suicidaire, tandis que les indices $X+ \% < .70$, $Zd < -3.5$ ou > 3.5 et $es > Ea$ sont effectifs pour la majorité des sujets limites passant à l'acte suicidaire. Par ailleurs, les indices $Color-shading blends > 0$, $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$, $X+ \% < .70$, $Zd < -3.5$ ou > 3.5 et $es > Ea$ sont effectifs pour la majorité de l'ensemble des sujets limites, tandis que les indices $FV+VF+V+FD > 0$; $Mor > 3$; $S > 3$, $P < 3$ ou > 8 , $Pure H < 2$, $R < 17$ sont très peu cotés par la majorité de l'ensemble de l'échantillon de sujets limites.

2. Les indices individuels provenant de la constellation suicidaire

Les Tableaux 9 à 19 situés à l'Appendice C présentent les résultats se rapportant aux variables comprises dans cette seconde hypothèse. Les tests statistiques du Khi-carré établissent ici qu'entre le groupe 1 et 2, il n'existe aucune différence significative relative aux indices suivants: $FV+VF+V+FD > 0$ ($X^2(1, N = 33) = .76, ns$); $Color-shading\ blends > 0$ ($X^2(1, N = 33) = .31, ns$); $Mor > 3$ ($X^2(1, N = 33) = .01, ns$); $es > Ea$ ($X^2(1, N = 33) = 2.33, ns$). Il en va de même pour les indices: $S > 3$ ($X^2(1, N = 33) = 2.43, ns$); $Zd < -3.5$ ou > 3.5 ($X^2(1, N = 33) = 1.46, ns$); $P < 3$ ou > 8 ($X^2(1, N = 33) = .00, ns$); $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$ ($X^2(1, N = 33) = .79, ns$); $X + \% < .70$ ($X^2(1, N = 33) = .00, ns$); $Pure\ H < 2$ ($X^2(1, N = 33) = .24, ns$); et $R < 17$ ($X^2(1, N = 33) = .17, ns$). Il est donc impossible d'affirmer que le groupe passant à l'acte suicidaire comprend plus de sujets répondants aux conditions de chacun de ces indices, que le groupe de sujets sans agir suicidaire. En effet, comme il a été établi à l'hypothèse précédente, chacun des groupes présente un score semblable pour ces indices. Chacune de ces hypothèses est donc rejetée.

Cependant, comme le confirment les résultats illustrés au Tableau 4, l'indice de l'impulsivité s'avère significatif. En effet, le test statistique du Khi-carré établit qu'il existe une différence relative au $CF+C > FC$ entre le groupe de sujets ayant passé à l'acte suicidaire et le groupe de sujets sans agir suicidaire. Ainsi, il est exact d'affirmer que le groupe 1 (64.7%) comprend plus de sujets répondant positivement à la variable $CF+C > FC$ que le groupe 2 (25.0%) ($X^2(1, N = 33) = 5.24, p = .022$). Seule cette hypothèse, c.-à-d. 2.1.9, concernant cet indice ($CF+C > FC$) provenant de la constellation du potentiel suicidaire est confirmée.

Tableau 4

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable CF + C > FC
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
CF + C > FC			
Sujets répondant à cette variable	64.7% (n=11)	25.0% (n=04)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	35.3% (n=06)	75.0% (n=12)	
			$X^2 (1, N = 33) = 5.24, p = .022^*$

* p < .05

3. Autres indices individuels ne provenant pas de la constellation suicidaire

Les résultats de l'hypothèse 3.1 sont présentés à l'aide des Tableaux 20 à 24 classés à l'Appendice C. Après examen, les résultats n'indiquent aucune différence significative relative aux indices suivants : Sum C' ($t(31) = -.68, ns$); Sum 6 ($t(31) = .65, ns$); AN + BL ($t(31) = .63, ns$); Ag ($t(31) = .11, ns$); Sum V ($t(31) = -.41, ns$). Il est donc impossible d'affirmer que le groupe de sujets suicidaires a des scores supérieurs au groupe de sujets non suicidaires pour chacun de ces indices. En effet, il apparaît que chaque groupe présente des scores semblables à chacun des indices précédents. Tous les sujets limites de cette étude, avec ou sans agir suicidaire, présentent des affects dépressifs, des troubles de la pensée, de l'anxiété, de l'agressivité consciente et de la honte.

Tableau 5

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable $3r + (2)\backslash R$
 en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire ($N=33$)

Source de variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	.431	.106			
Sujets non suicidaires (B)	.323	.091			
A X B			3.14	31	.004*

* $p < .05$

Néanmoins, l'examen du Tableau 5 révèle qu'une différence significative est présente entre le groupe de sujets suicidaires ($M = .43$) et le groupe de sujets non suicidaires ($M = .32$) quant à l'indice d'égoцентриté ($3r+(2)/R$). En conséquence, il est juste de soutenir que le groupe 1 présente des scores supérieurs au groupe 2 quant à l'indice d'égoцентриisme ($t(31) = 3.14, p < .004$). L'hypothèse 3.1.6 concernant cet indice s'avère donc confirmée.

Finalement, les Tableaux 25 à 28 de l'Appendice C témoignent qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes pour les indices regroupés dans l'hypothèse 3.2. Ainsi, il est inexact d'affirmer que le groupe de sujets ayant passé à l'acte suicidaire présente des scores inférieurs au groupe de sujets sans agir suicidaire aux indices suivants: F+% ($t(31) = -.58, ns$); D ($t(31) = 1.31., ns$); Da ($t(31) = 1.52., ns$); FT+TF+T ($t(31) = -1.87, ns$). En effet, il apparaît que les groupes présentent un score semblable pour chacun des indices précédents. Tous les sujets limites de cette étude présentent une surcharge émotionnelle situationnelle et chronique et des besoins affectifs intenses. En conséquence, l'ensemble de ces hypothèses est rejeté.

4. Sévérité de la pathologie limite en fonction du passage à l'acte suicidaire:

Afin de procéder à la vérification de la sévérité du trouble de la personnalité limite en fonction du passage à l'acte suicidaire, le critère 5 du DSM-IV (critère concernant le passage à l'acte suicidaire) a été exclu de la somme des critères diagnostiques pour chacun des sujets, étant donné qu'il intervient dans la division des groupes de sujets.

Tableau 6

Résultats Obtenus au Test - *t* de la Variable Sévérité de la Pathologie limite en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (*N* = 33)

Source de variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	6.76	1.09			
Sujets non suicidaires (B)	5.94	.929			
A X B			2.35	30.70	.025*

* $p < .05$

Or, tel que le Tableau 6 l'indique, le groupe des sujets ayant des agirs suicidaires se différencie significativement du groupe des sujets sans agir suicidaire, quant au nombre de critères diagnostiques. Les sujets agissants ($M = 6.76$) ont un plus grand nombre de critères diagnostiques que les sujets non agissants ($M = 5.94$). La sévérité variant selon le nombre des critères diagnostiques, nous pouvons affirmer que les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent un trouble de la personnalité limite plus sévère ($t(31) = 30.7$, $p < .025$)*.

En somme, l'ensemble de l'hypothèse 1 est rejetée, l'hypothèse 2 est confirmée pour l'indice $CF + C > FC$ (impulsivité) et l'hypothèse 3 est vraie pour l'indice $3r + (2)\backslash R$ (égocentrisme) seulement. L'hypothèse 4 est également confirmée.

Discussion

L'objectif de cette étude est de différencier, à l'aide d'indices provenant du test de Rorschach et du test SCID II, les caractéristiques intrapsychiques des sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire, en comparaison aux sujets limites n'ayant jamais passé à l'acte suicidaire. Or, ce chapitre se propose d'abord d'interpréter les résultats obtenus conformément aux hypothèses, tout en les intégrant aux connaissances actuelles concernant le trouble de la personnalité limite. Ensuite, la section suivante examinera les conséquences et les retombées possibles de cette étude. Finalement, une analyse des forces et des faiblesses de cette recherche terminera ce chapitre.

Interprétation des résultats

Hypothèse 1: la constellation du potentiel suicidaire

Les résultats de cette étude démontrent que la constellation du potentiel suicidaire d'Exner et Wylie (1977) n'identifie pas les sujets limites ayant passé à l'acte suicidaire. Ces résultats ne sont pas conformes à l'hypothèse attendue. En effet, les sujets passant à l'acte suicidaire ne répondent pas plus fréquemment à la constellation suicidaire, qui exige la présence d'au moins huit indices effectifs pour être positive. Puisqu'il n'y a pas de différence significative, chacun des groupes a une moyenne d'indices effectifs semblable. Il convient donc d'analyser pourquoi le groupe de sujets limites n'ayant jamais passé à l'acte ne présente pas un nombre inférieur d'indices et pourquoi le groupe de sujets agissants ne répond pas à la constellation, tel qu'il a été attendu.

Précisément, le nombre moyen d'indices présentés par les trente trois sujets est de 5.42 et le pourcentage de l'ensemble des sujets limites qui cotent positivement la constellation suicidaire est de 12.1%. Ceci correspond aux résultats obtenues (10.7%) à ces même items par Exner (1986), lorsqu'il a tenté de mettre au point des indices diagnostiques

limites à partir d'un groupe de sujets limites. Or, dans la présente étude, il apparaît que les indices liés à la confusion émotionnelle, à la blessure de l'estime de soi, à la capacité d'intégration d'éléments de la réalité, à une faible tolérance aux conflits, à l'incapacité à exercer un contrôle interne afin de prendre en charge les tensions sont effectifs pour la majorité de l'ensemble des sujets limites avec ou sans agir suicidaire. Ces indices sont habituellement employés afin de poser un diagnostic limite (Acklin, 1993; Berg, 1990; Exner 1986, Gacono, Meloy & Berg, 1992; Gartner, Hurt & Gartner, 1989; Hilsenroth, Hibbard, Nash & Handler, 1993; Murray, 1993). Toutefois, les indices liés à l'introspection douloureuse, à la blessure de l'identité, au conformisme ou à la marginalité, à l'insatisfaction des rapports interpersonnels et à la résistance au test sont très peu cotés par la majorité de l'ensemble des sujets de l'échantillon. Il semble donc que la présence ou l'absence de ces indices sont plus liés à la pathologie limite des sujets qu'à leur propension aux passages à l'acte suicidaire. Ainsi, l'efficacité de la constellation suicidaire à identifier les agirs suicidaires potentiels lorsque les sujets présentent un diagnostic limite est réduite. La double utilisation de ces indices est imputable à une faiblesse méthodologique de la constellation suicidaire. Cette faiblesse méthodologique diminue l'efficacité de la constellation à identifier les sujets limites commettant des actes suicidaires non mortels. Ces résultats concordent avec les critiques d'Eyman et Eyman (1992) et de Wood, Nezworski et Stejskal (1996a; 1996b).

De plus, les résultats de l'application de la constellation suicidaire aux sujets limites qui commettent des passages à l'acte récurrents et qui y survivent concordent avec ceux d'Exner et Wylie (1977) concernant les sujets de la troisième catégorie de leur échantillon (sujets qui ne décèdent pas et qui emploient des moyens qui ne provoquent pas instantanément la mort). La constellation du potentiel suicidaire n'identifie pas ce type de sujets de façon satisfaisante. Il apparaît donc qu'un sujet limite qui ne cote pas

positivement la constellation suicidaire peut tout de même passer à l'acte suicidaire en s'infligeant des blessures graves et douloureuses. L'équipe d'Exner a créé la constellation du potentiel suicidaire afin qu'elle identifie efficacement les passages à l'acte suicidaire mortels, négligeant ainsi la prévention des agirs auto-agressifs non mortels, bien qu'ils aient des conséquences graves pour la santé des sujets limites.

Hypothèse 2: les indices individuels provenant de la constellation du potentiel suicidaire

La démarche de la seconde hypothèse a été d'examiner si chacun des indices provenant de la constellation suicidaire différencie les sujets limites passant à l'acte suicidaire. Les écrits scientifiques rapportent que plusieurs indices provenant de la constellation suicidaire, tel que l'indice de la honte et de la culpabilité, de la confusion émotionnelle, des blessures du Moi, de résistance ou de dépression, même lorsqu'ils sont pris individuellement, contribuent à distinguer les sujets suicidaires de la population générale (De Tychey, 1994; Eyman & Eyman, 1991; Exner & Wylie, 1977; Frank, 1994a; Hansell, Lerner, Mildren & Ludolph, 1988; Lee Silberg & Armstrong, 1992; Passalacqua, Echenique, Herrera & Orcoyen, 1996). Lorsque ces indices sont appliqués à un échantillon de sujets limites, les résultats sont inattendus car aucune différence n'est apparue. En effet, comme il a été énoncé lors de l'analyse précédente des résultats de l'hypothèse 1, ces indices sont majoritairement présents ou majoritairement absents chez l'ensemble des sujets de l'échantillon limite, ce qui les lie davantage au diagnostic limite qu'aux tendances autodestructrices de ces sujets. Ainsi, les sujets limites suicidaires ne présentent pas plus d'introspection douloureuse, de blessure de l'identité, de conformisme ou de marginalité, d'insatisfaction dans les rapports interpersonnels, de résistance au test, de confusion émotionnelle, de difficultés d'intégration des éléments de la réalité et d'insuffisance des ressources pour faire face aux difficultés situationnelles, que les sujets limites sans agir

suicidaire. Ces caractéristiques intrapsychiques ne sont donc pas liées au déclenchement des agirs suicidaires limites. Précisément, les résultats de l'indice $S > 3$, ne confirment pas plus l'hypothèse attendue. Cet indice indique la présence d'une agressivité inconsciente dirigée dans les rapports interpersonnels et exprimée par un tempérament colérique. Les écrits scientifiques concernant cet indice sont contradictoires. D'une part, selon la constellation du potentiel suicidaire d'Exner et Wylie (1977) et l'étude de Apter et al., (1989), les sujets suicidaires doivent répondre à cet indice. Pourtant, les études de Gacono, Meloy et Berg (1992), de Kjelsberg, Eikeseth et Dahl, (1991) et de Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich, (1994a) établissent que cet indice n'identifie pas les sujets limites suicidaires. Il semble donc que l'indice $S > 3$ n'est pas plus fréquent chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire et la présente recherche concorde avec ces dernières.

Par ailleurs, bien que les résultats de l'indice $X + \% < .70$ soient non significatifs, ils demeurent intéressants. En effet, l'indice $X + \% < .70$ indique une mise à distance insuffisante des conflits afin de ne pas se faire submerger par eux, ce qui amène une intolérance aux conflits et une incapacité à exercer un contrôle interne afin de prendre en charge les tensions (Exner, 1993). Or, cet indice apparaît chez plus de 93% des sujets limites de l'étude. Il semble que cet indice soit une caractéristique intrapsychique qui illustre les difficultés du fonctionnement général du Moi lacunaire des sujets limites. Les résultats de cet indice ne corroborent pas les élaborations de Frank (1994a, 1994b) qui associe plus fortement cet indice aux sujets limites passant à l'acte suicidaire.

Toutefois, un indice provenant de la constellation suicidaire confirme l'hypothèse formulée. L'indice d'impulsivité ($CF + C > FC$) apparaît plus fréquemment chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire. En effet, cet indice est lié à la difficulté à nuancer les

affects. En conséquence, ceux-ci submergent le sujet l'amenant à présenter un caractère impulsif (Exner, 1993). Cependant, cette interprétation doit tenir compte de l'indice $X+\%<.70$, puisque 94% des sujets limites passant à l'acte suicidaire le présentent. L'indice $CF + C > FC$ est lié à une perte de contrôle émotionnel lorsqu'il est associé à l'indice $X+\%<.70$. Exner (1995) mentionne que l'association de ces indices dénote une vie émotionnelle très conflictuelle, ces conflits pouvant amener à la rupture des efforts de modulation affective. Il suggère aussi que ces problèmes de contrôle résultent d'une organisation psychologique immature pour laquelle la question de la modulation affective ne se pose pas vraiment (Exner, 1995). L'impulsivité a d'ailleurs été associée aux fonctions défensives primitives et à la carence d'élaboration symbolique chez le sujet limite (Cahen, Sagnes & De Tychev, 1990; Reekum, Links, Mitton, Fedorov & Patrick, 1996). Ces résultats sont conformes aux élaborations théoriques des nombreuses études portant sur l'impulsivité et le passage à l'acte suicidaire chez le sujet limite (Bergeret, 1992; Cahen, Sagnes & De Tychev, 1990; Frank, 1994a, 1994b; Grinker Werble & Drye, 1968, 1977; Godfrind, 1993; Hull, Yeomans, Clarkin, Li & Goodman, 1996; Kehrer & Linehan, 1996; Kernberg, 1979, 1993; Koenigsberg, 1982; Maltzberger & Buis, 1990; Mehlum, Friis, Vaglum & Karterud, 1994; Reekum, Links, Mitton, Fedorov & Patrick, 1996; Smith, 1980; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994b). L'impulsivité est donc une caractéristique intrapsychique particulière aux sujets limites passant à l'acte suicidaire.

Hypothèse 3 : les autres indices provenant du test de Rorschach

La troisième hypothèse a suggéré que d'autres indices individuels du test de Rorschach différencient les sujets limites passant à l'acte suicidaire, des sujets limites sans agir suicidaire. Tout d'abord, les indices se rapportant à la dépression ($FC' + C'F + C'$) et à l'angoisse ($AN+BL$) n'identifient pas les sujets limites suicidaires. Ces résultats s'avèrent inattendus. En effet, Cahen, Sagnes et De Tychev (1991) et De Tychev (1994) ont trouvé

un indice d'anxiété élevé (An + BI) chez les sujets limites suicidaires. Également, Apter et al. (1989) ont énoncé que l'anxiété est l'émotion la plus fortement associée aux sujets limites suicidaires. Toutefois, Kjelsberg, Eikeseth et Dahl, (1991) ainsi que Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994a) ont affirmé que les sujets limites non suicidaires rapportent souffrir plus fréquemment d'anxiété et d'anxiété, ce qui inhibe le passage à l'acte suicidaire. Les résultats de la présente étude ne confirment donc pas ces conclusions quant à l'indice d'anxiété. Il tendent plutôt à conformer les résultats de l'étude de Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud (1994) qui n'ont pas trouvé de différence quant à cet aspect. Tous les sujets limites, avec et sans agir suicidaire, présentent de l'anxiété et de la dépression.

Or, selon Gartner, Hurt et Gartner (1989); Lee Silberg et Armstrong (1992) et Sugarman (1980), l'indice de dépression est présent chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire car la présence d'affects dépressifs favorise une tendance à recourir à l'agir afin de calmer ces affects douloureux. Selon Grinker, Werble et Drye, (1968), les passages à l'acte protègent le sous-groupe nommé «noyau de l'état limite» contre la dépression. Ces élaborations théoriques ne correspondent pas aux conclusions de Shearer, Peters, Quaytman et Wadman (1987), Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994b) concernant la présence plus fréquente des désordres de l'humeur chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire. Cependant, selon Kjelsberg, Eikeseth et Dahl, (1991), l'absence de dépression n'est pas un facteur qui protège les sujets limites des agirs suicidaires. Aussi, Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud (1994) n'ont pas trouvé de différence quant à la dépression entre les groupes de sujets limites agissants et non agissants. Des résultats divergents compliquent donc les conclusions relatives à la dépression chez les sujets limites auto-agressifs. Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994b) ont tenté de résoudre ce litige en suggérant que le moment où la mesure de la dépression est prise (avant ou après l'acte

suicidaire) détermine les résultats quant à la dépression chez le sujet limite suicidaire. Quoiqu'il en soit, les résultats de cette étude n'indiquent pas de différence quant à la dépression, qui a été mesurée après les agirs suicidaires. En somme, tous les sujets limites, avec et sans agir suicidaire, présentent un nombre semblable d'indice de dépression et d'angoisse. Ainsi, il convient de s'interroger si l'absence de différence d'un niveau supérieur de dépression et d'angoisse est imputable au passage à l'acte, qui a alors une fonction de décharge. Par le passage à l'acte suicidaire, le sujet limite ramène l'intensité de ses angoisses et de ses affects dépressifs à son niveau initial, niveau également observé chez les sujets limites sans agir suicidaire. Le sujet limite auto-agressif semble donc capable de ressentir et de tolérer de la dépression et de l'angoisse jusqu'à une certaine limite. Toutefois, il doit évacuer les surcroîts de dépression et d'angoisse. Néanmoins, il est aussi possible que les indices $FC' + C'F + C'$ et AN+BL soient imprécis et qu'un autre type de mesure pourrait amener des différences significatives entre ces groupes.

Par ailleurs, les indices se rapportant à l'agressivité consciente ressentie envers autrui (Ag) ou retournée contre soi (Sum Vista) ne distinguent pas les sujets limites suicidaires. Selon Apter et al., (1989), la colère est associée aux sujets limites ayant commis des passages à l'actes hétéro-agressifs violents (Apter & al. 1989). Cependant, Gacono, Meloy et Berg (1992) ont établi que les sujets limites situés près du pôle psychotique, présentant donc une propension aux passages à l'acte, ne présentent pas plus d'agressivité consciente et mentalisée ($Ag > 3$) et d'agressivité inconsciente et non mentalisée ($S > 3$) que les sujets limites ne passant pas à l'acte. Les résultats de la présente étude coïncident avec ces conclusions. Il semble possible de présumer qu'il n'y a pas plus d'agressivité consciente et inconsciente ressentie envers les autres ou envers soi chez les sujets limites passant à l'acte suicidaire. En conséquence, le passage à l'acte auto-agressif a également ici la fonction de régulariser les surcroîts d'agressivité des sujets agissants.

Aussi, l'indice Sum Cotes Spéciales (Sum 6), le D et le Da n'identifient pas les sujets limites suicidaires de cette étude. Précisément, l'indice Sum 6 dénote la présence d'un trouble de la pensée et d'une émergence brutale des processus primaires dans la pensée du sujet (Exner, 1993; Frank, 1995; Meloy & Singer, 1991). Les indices D et Da sont une indication de l'intensité de la surcharge émotionnelle situationnelle ou chronique et ils démontrent la qualité immédiate ou durable de la structure de la personnalité. Plus l'indice Sum 6 est grand, plus il y a présence d'une distorsion de la réalité; tandis que plus les indices D et Da sont petits, plus il y a immaturité affective et décompensation structurale. Les résultats de la recherche démontrent que la majorité de l'ensemble des sujets limites de l'échantillon présentent un trouble de la pensée, des processus primaires, une surcharge émotionnelle situationnelle et chronique, une immaturité affective et une décompensation structurale. Ces résultats vont à l'encontre de l'étude de Gartner, Hurt et Gartner (1989). Ces caractéristiques ne sont donc pas particulières aux sujets limites passant à l'acte suicidaire. Elles sont davantage liées au fonctionnement intrapsychique rencontrées chez les sujets limites. Elles découlent ainsi des spécificités diagnostiques du trouble de la personnalité limite des sujets de l'étude.

De plus, l'indice se rapportant aux besoins affectifs (FT+TF+T) ne différencie pas les groupes de l'étude. L'interprétation du *Système Intégré* suggère que plus cet indice tend vers 0, plus il y a négation des besoins affectifs et superficialité dans les rapports interpersonnels, tandis que plus il est grand, plus il y a présence de sentiment de solitude et d'abandon. Il apparaît que les sujets limites suicidaires ne présentent pas de différences quant à ces aspects. Ces résultats inattendus divergent de l'étude de Yoemans, Hull, Clarkin (1994) qui ont établi une association étroite entre les relations interpersonnelles instables, la difficulté grave avec l'intimité et les agirs suicidaires des sujets limites. Ces caractéristiques intrapsychiques ne sont pas spécifiques aux sujets limites suicidaires car

tous les sujets de l'étude présentent des besoins affectifs intenses et qu'ils tendent à ressentir des sentiments d'abandon. Ces résultats illustrent donc les besoins affectifs complexes des sujets ayant une organisation limite de la personnalité.

Enfin, les écrits scientifiques rapportent que l'indice d'égoцентриté discrimine les sujets suicidaires. Les résultats de cette étude correspondent à l'hypothèse attendue. En effet, les sujets limites suicidaires présentent un score d'égoцентриté plus élevé que les sujets sans agir suicidaire. Cet indice est une estimation de la préoccupation de soi, de la centration sur soi et même de l'estime de soi (Exner, 1995). Les sujets suicidaires de la présente étude éprouvent donc une forte préoccupation de soi pouvant les amener à négliger le monde extérieur. Puisque le score moyen des sujets limites ne dépasse pas la limite supérieure de l'indice (si $>.44$), nous pouvons affirmer qu'ils tendent à présenter un sentiment de très grande valeur personnelle. Toutefois, cette préoccupation inhabituelle de soi recouvre une insatisfaction considérable par rapport à soi (Exner, 1995). Ces conclusions correspondent aux éléments théoriques psychanalytiques qui définissent la pathologie limite comme une maladie du narcissisme primaire chez qui l'Idéal du Moi est le pôle autour duquel s'articule l'appareil intrapsychique du sujet limite (Bergeret, 1985, 1992). Cette instance demeure archaïque et grandiose, ce qui entraîne chez le sujet la honte et l'insatisfaction de soi-même de ne pas avoir atteint les attentes idéales (Bergeret, 1985, 1992; Kernberg, 1979). Le sujet limite tente en vain de réparer la profonde blessure narcissique qui appauvrit le Moi. Ainsi, la faiblesse du Moi et des aspects surmoïques des sujets limites facilitent le passage à l'acte des représentations mentales (Bergeret, 1985, 1992; Kernberg, 1979). Précisément, l'association des résultats de l'indice de l'impulsivité à l'indice d'égoцентриté corroborent ces élaborations théoriques psychanalytiques. Les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent de l'impulsivité dirigée vers eux-mêmes.

Hypothèse 4: La sévérité du trouble de la personnalité limite et passage à l'acte suicidaire.

La démarche de la quatrième hypothèse a vérifié si le groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire présente une psychopathologie limite plus sévère que le groupe de sujets limites sans agir suicidaire. La sévérité du trouble limite de la personnalité augmente lorsque le nombre de critères diagnostiques s'accroît (APA, 1989; Morey, 1988). Or le groupe de sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent un nombre plus grand de critères diagnostiques limites. Nous pouvons conclure que les sujets limites agissants présentent un trouble limite plus sévère que les sujets limites non agissants. Sur le continuum psychose-névrose, ils sont positionnés près du pôle psychotique parce qu'ils présentent une désorganisation plus grande et qu'ils sont ainsi davantage susceptibles de passer à l'acte. Aussi, le sous-groupe de sujets limites ne passant pas à l'acte suicidaire sont positionnés près du pôle névrotique étant donné la moins grande sévérité du trouble limite résultant d'un Moi mieux organisé. Il est donc possible de présumer que ces passages à l'acte auto-agressif découlent de la plus grande fragilité du Moi des sujets limites agissants. Ceci concorde avec les conclusions de l'APA, (1989), Grinker (1977), Grinker, Werble et Drye (1968), Kehrer et Linehan, (1996), Kernberg (1979), Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud (1994), Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich (1994b) et Yoemans, Hull et Clarkin (1996).

Synthèse

L'efficacité de la constellation suicidaire à identifier les sujets suicidaires est réduite lorsqu'ils présentent un diagnostic limite. Il apparaît donc que les sujets limites qui ne cotent pas positivement la constellation suicidaire peuvent tout de même commettre un passage à l'acte suicidaire non mortel, en s'infligeant des blessures graves. Ainsi, les indices provenant de la constellation du potentiel suicidaire sont davantage liés au

diagnostic limite qu'aux tendances autodestructrices limites. Également, chez tous les sujets de l'échantillon, il y a un trouble de la pensée, une présence de processus primaires, une surcharge émotionnelle situationnelle et chronique, une immaturité affective, une décompensation structurale, ainsi que des besoins affectifs intenses. Ces caractéristiques intrapsychiques ne sont pas particulières aux sujets limites passant à l'acte suicidaire et elles ne sont donc pas liés au déclenchement des agirs suicidaires limites.

Cependant, les sujets limites passant à l'acte suicidaire possèdent des caractéristiques intrapsychiques différentes des sujets limites sans agir suicidaire. Les sujets limites suicidaires tendent à ressentir un sentiment de très grande valeur personnelle et une préoccupation inhabituelle de soi. Les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent de l'impulsivité qui amène d'une difficulté à nuancer les affects et les émotions. Par conséquent, celles-ci submergent le sujet l'amenant à être impulsif. Ainsi, les sujets limites suicidaires présentent de l'impulsivité qui est, cependant, dirigée vers eux-mêmes. Or, l'impulsivité associée à l'égoïsme donne au passage à l'acte limite son caractère auto-agressif. Ils sont donc des facteurs favorisant l'agir auto-agressif chez le sujet limite. Cette impulsivité auto-agressive résulte d'une organisation psychique limite plus instable. Précisément, les sujets limites passant à l'acte suicidaire présentent un trouble limite plus sévère. Ainsi, ce sous-groupe de sujets limites est positionné près du pôle psychotique parce qu'ils présentent une désorganisation plus grande et un Moi défaillant, ce qui favorise le passage à l'acte suicidaire.

En conséquence, il est justifié de croire que le passage à l'acte auto-agressif limite traduit la rupture de contenance du Moi, l'agir soustrayant les représentations aux processus de pensée et au trajet de la mentalisation (Godfrind, 1993; Rousillon, 1991). Le

passage à l'acte suicidaire limite prend alors une fonction de décharge qui ramène l'intensité des tensions pulsionnelles à son niveau initial, niveau observé chez les sujets limites sans agir suicidaire. C'est pourquoi il n'y a pas plus d'agressivité inconsciente et d'agressivité mentalisée envers les autres ou envers eux-mêmes, de dépression et d'angoisse chez ces sujets auto-agressifs car elles sont ainsi évacuées et régularisées. Il est donc plus difficile pour le sujet limite auto-agressif de prendre en charge, de tolérer et de mentaliser ses pulsions, ses tensions et ses souffrances sans être débordé puis diriger l'impulsivité vers lui-même dans un passage à l'acte suicidaire (Godfrind, 1993; Kernberg, 1993; Maltzberger et Buis, 1990). L'atteinte corporelle est le sacrifice fait pour sauvegarder le Moi et l'identité psychique du danger d'anéantissement provoqué par un surcroît de tension pulsionnelle. Toutefois, le passage à l'acte suicidaire limite contient, à l'état d'ébauche, une pensée ou une représentation en train d'advenir qui doit être entendue.

Conséquences et retombées possibles de l'étude

L'application de la constellation suicidaire aux sujets limites qui commettent des passages à l'acte récurrents et qui y survivent n'est pas efficace. Ces conclusions présentent des conséquences cliniques notables. Bien qu'Exner (1993, 1995) recommande de débiter l'interprétation du test de Rorschach par la constellation du potentiel suicidaire, il convient d'être prudent lorsqu'un clinicien évalue le potentiel d'agir auto-agressif chez un sujet limite à l'aide de cette constellation. La constellation du potentiel suicidaire peut être négative lorsqu'un sujet ayant un trouble de la personnalité limite passe à l'acte suicidaire de façon non mortelle. En fait, ce clinicien devrait être attentif à la présence associée des indices d'impulsivité et d'égoцентриté, ainsi qu'au nombre élevé de critères diagnostiques limites afin d'estimer la propension aux agirs suicidaires d'un sujet limite. De plus, cette

étude confirme l'existence de deux sous-groupes de sujets limites, parmi l'hétérogénéité de la pathologie limite, qui possèdent leurs caractéristiques intrapsychiques particulières.

Forces et des faiblesses de l'étude

Cette étude présente des qualités méthodologiques attribuables à l'évaluation approfondie des sujets qui a été contrôlée à l'aide d'accords interjuges et de supervisions. Également, puisque les sujets participant à l'étude avaient en retour les résultats de l'évaluation, chacun d'eux a manifesté une collaboration exceptionnelle étant donné le type de problématique qu'il présente. Cependant, l'évaluation de la gravité de l'agir suicidaire, ainsi que de l'intention suicidaire demeure un aspect litigieux de cette étude. L'auteur a tenté de résoudre cette difficulté en prenant la nécessité des soins médicaux comme critère discriminant. Lorsqu'un sujet ayant passé à l'acte suicidaire devait avoir recours aux soins médicaux, le comportement auto-agressif était alors considéré comme suffisamment grave pour que ce sujet soit classé dans le groupe agissant. Toutefois, certains auteurs peuvent être en désaccord avec cette procédure. Aussi, afin de compléter les résultats de cette étude, une vérification de la survie post-test des sujets qui ont participé à la recherche aurait pu être faite. Cette absence est attribuable au temps limité dont l'auteur dispose afin d'effectuer cette étude. Ce type de contrôle pourrait être fait dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure. Ainsi, il faut présumer que les sujets participant à l'étude ne sont pas décédés des suites d'un passage à l'acte auto-agressif. Également, les recherches futures, portant sur la personnalité limite pourraient inclure un groupe de sujets limites passant à l'acte envers autrui, afin d'évaluer toutes les particularités intrapsychiques de ces sujets. Il serait aussi utile d'estimer si le type d'agir (auto-agressif ou hétéro-agressif) dépend du sexe du sujet limite agissant.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'identifier les caractéristiques intrapsychiques des sujets limites passant à l'acte suicidaire. Ces caractéristiques permettent de mieux comprendre les mécanismes liés au déclenchement du passage à l'acte suicidaire limite. Aucune étude empirique n'avait été menée sur cette problématique, bien que plusieurs élaborations théoriques suggèrent que les sujets limites passant à l'acte constituent un sous-groupe particulier de sujets limites. Cette étude établit donc que l'impulsivité, l'égoцентриté et une plus grande sévérité de la pathologie limite favorisent le passage à l'acte suicidaire chez les sujets limites. Ainsi, il est possible d'énoncer que le passage à l'acte suicidaire limite a une fonction de décharge des surcroîts de tensions pulsionnelles, d'angoisse et de dépression dans l'agir auto-agressif. Finalement, il apparaît que l'estimation du potentiel suicidaire des sujets limites ne peut pas être effectuée de façon satisfaisante à l'aide de la constellation du potentiel suicidaire. Il convient donc d'être prudent lors de l'application clinique de cette mesure aux individus qui présentent un trouble limite de la personnalité. Ces conclusions permettent d'affirmer que les objectifs de cette étude ont été atteints et que celles-ci sont une contribution au développement des connaissances de la psychopathologie limite.

Références

- Acklin, M. W. (1993). Psychodiagnosis of personality structure II : Borderline personality organisation. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 329-341.
- Acklin, M. W., McDowell, C. J., & Orndoff, S. (1992). Statistical power and the Rorschach : 1975-1991. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 366-379.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-III-R*. (3e éd. révisée). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. (4e éd.). Washington : American Psychiatric Press, Inc.
- Andreoli, A., Burnand, Y., Mühlebach, A., & Dogliotti, G. (1991). Évolution clinique des patients borderlines : indications à retenir pour le choix et la conduite du traitement. *Médecine et Hygiène*, 49, 2368-2374.
- Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F., & Vogel, N. G. (1982). Borderline personality subcategory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 670-679.
- Anzieu, D. (1985). *Le « Moi-Peau »*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D., et coll. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
- Apter, A., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., Brown, S., & van Praag, H. (1989). Defence mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal Psychiatry*, 146(8), 1027-1031.
- Aronson, A. T. (1985). Historical perspectives on the borderline concept: a review and critique. *Psychiatry*, 48, 209-223.
- Balier, C. (1985). Réflexion sur le devenir des pulsions agressives. *Revue Française de Psychanalyse*, 49(2), 623-645.
- Berg, J. L. (1990). Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities. *Journal of Personality Assessment*, 55(3 & 4), 537-548.

- Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états limites*. Paris : Payot.
- Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris : Bordas.
- Bergeret, J. (Éds). (1994). *Psychologie pathologique* (5^e ed). Paris : Masson.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation of self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1788-1792.
- Cahen, T., Sagnes, L., & De Tychev, C. (1990). Capacités d'élaboration symbolique des pulsions et passage à l'acte suicidaire: approche comparée à l'aide du Rorschach. *Psychologie médicale*, 22(8), 744-749.
- Cahen, T., Sagnes, L., & De Tychev, C. (1991). Dépression et risque suicidaire : approche comparée par le test du Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 41 (3), 181-188.
- Danan, M. (1993). État limite et délinquance. In AFPEP (Éds), *Les états limites* (pp. 237-245). Paris : Fidakly.
- De Tychev, C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach. Point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique*. Paris : EAP.
- Dulit, R. A., Fyer M. F., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances A. L. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1305-1311.
- Exner, J. E. (1986). Some Rorschach Data Comparing Schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 455-471.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach : A Comprehensive System basic foundations* (Vol. 1), (3e éd.). New York : John Wiley and Son.

- Exner, J. R. (1995). *Le Rorschach: Un système intégré. Théorie et pratique*. Paris: Frison-Roche.
- Exner, J. E., & Wylie, J. (1977). Some Rorschach Data concerning suicide. *Journal of Personality Assessment*, 41 (4), 339-348.
- Eyman, J. R., & Eyman, S. K. (1991). Personality assessment in suicide prediction. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 21 (1), 37-55.
- Eyman, J. R., & Eyman, S. K. (1992). Personality assessment in suicide prediction. In R. W. Waris, A. L., Berman, J. T., Maltzberger, & R. I., Yufit (Éds), *Assessment and Prediction of Suicide* (pp. 183-201). New York : Guilford Press.
- Frank, G. (1994a). On the prediction of suicide from the Rorschach. *Psychological Reports*, 74, 787-794.
- Frank, G. (1994b). On the predictonal aggressive behavior from the Rorschach. *Psychological Reports*, 75, 183-191.
- Frank, G. (1995). An Ego psychological approach to the Rorschach. *Psychological Reports*, 77, 911-930.
- Friedman, R. C., Arnoff, M. S., Clarkin, J. F., Corn, R., & Hurt, S. W. (1983). History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *American Journal Psychiatry*, 140(8), 1023-1026.
- Fyer, M. R., Frances, A. L., Sullivan, T., Hurt, S. W., & Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*, 145(6), 737-739.
- Gacono, C. B., & Meloy, R. J. (1994). *The Rorschach Assessment of Agressive and psychopathic personalities*. New Jersey : Weiner.
- Gacono, C. B., Meloy, R. J., & Berg, J. L. (1992). Objet Relation Defensive Operations and Affective states in narcissistic, Borderline and Antisocial Personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 32-49.

- Gartner, J., Hurt, S., & Gartner, A. (1989). Psychological test signs of borderline personality disorder : A review of the empirical literature. *Journal of Personality Assessment*, 53(3), 423-441.
- Godfrind, J. (1993). Les deux courants du transfert. Le symbole, entre corps et psyché. Paris: Presses Universitaires de France.
- Grinker, R. R. (1977). The borderline syndrome: a phenomenological view. In P. Hartocollis (Éd.), *Borderline personality disorders. The concept, the syndrome, the patient*. (pp. 159-172). New York : International Universities Press.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, C. R. (1968). *The borderline syndrome. A behavioral study of ego-functions*. New York : Basic Books.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington : American Psychiatric Press, Inc.
- Hansell, A. G., Lerner, H. D., Mildren, R. S., & Ludolph, P. S. (1988). Single-sign Rorschach suicide indicators : A validity study using a depressed inpatient population. *Journal of Personality Assessment*, 52(4), 658-669.
- Hartmann, F. (1993). Recherches sur le devenir de l'État limite. In AFPEP (Éds), *Les états limites* (pp. 65-70). Paris : Fidakly.
- Hilsenroth, M. J., Hibbard, S. R., Nash, M. S., & Handler, L. (1993). A Rorschach study of narcissism, defence, and narcissistic, and cluster c personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 346-361.
- Hull, J. H., Yeomans, F., Clarkin, J., Li, C., & Goodman, G. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Services*, 47(6), 638-641.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 428-433.

- Kehrer, C. A., & Linehan, M. M. (1996). Interpersonal and emotional problem solving skills and parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 10*(2), 153-163.
- Kernberg, O. (1970a). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of American Psychoanalytic Association, 18*, 800-822.
- Kernberg, O. (1970b). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 19*, 595-635.
- Kernberg, O. (1979). *Le trouble limite de la personnalité*. Toulouse : Privat.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF.
- Kernberg, O. (1993). Suicidal behavior in borderline patients : diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy, 47*(2), 245-255.
- Kernberg, O., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : PUF.
- Kjelsberg, E. E., Eikeseth, P.H., & Dahl, A. A. (1991). Suicide in borderline patients - predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 283-287.
- Koenigsberg, H. W. (1982). A comparison of hospitalized and nonhospitalized borderline patients. *American Journal Psychiatry, 139*, 1292-1297.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse* (9e éd.). Paris : PUF.
- Lee Silberg, J., & Armstrong, J. G. (1992). The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment, 59*(2), 290-303.

- Links, P. S. (Eds). (1990). *Family environment and borderline personality disorder*. Washington : American Psychiatric Press, Inc.
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., Reekum, van, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorders and substance abuse: Consequence of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(1), 9-14.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1990). The devices of suicide. Revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psycho-analysis*, 7(10), 61-72.
- Mc Dowell, C., & Acklin, M. W. (1996). Standardizing procedures for calculating Rorschach interrater reliability : conceptual and empirical foundations. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 308-320.
- Mehlum, L. Friis, S., Vaglum, P., & Karterud, S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behavior in borderline personality disorder : a prospective follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 90, 124-130.
- Meloy, R. J., & Singer, J. (1991). A psychoanalytic view of the Rorschach Compréhensive System « Spécial Scores ». *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 202-217.
- Meyer, G. J., (1993). The impact of response frequency on the Rorschach Constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment*, 60(1), 153-180.
- Morey, L. C. (1988). Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 573-577.
- Murray, J. F. (1993). The Rorschach search for the borderline holy grail : an examination of personality structure, personality style, and situation. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 342-357.
- Navran, L. (1983). Scoring the Rorschach: a constructive critique of Exner's Comprehensive Rorschach System. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 232-237.

- Nicolopoulou, E., & Kindynis, S. (1989). L'image corporelle comme contenant défaillant chez les personnalités limites suicidaires. *Psychologie Médicale*, 21(4), 496-498.
- Nurnberg, G.H., Feldman, A., Hurt, S.W., & Suh, R. (1986). Core Criteria for diagnosing borderline patients. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 8(2), 111-131.
- Nurnberg, G.H., Feldman, A., Hurt, S.W., & Suh, R. (1988). Evaluation of diagnostic criteria for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 8(2), 111-131.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long- term follow- up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28 (6), 530-535.
- Palem, P. M. (1993). Les états-limites (borderline). Historique, dégageement ou éclatement du concept? In AFPEP (Éds), *Les états limites*, (pp.17-37). Paris : Fidakly.
- Parker, K. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 227-231.
- Passalacqua, A. M., Echenique, S., Herrera, M. T., & Orcoyen, D. (1996). Beyond subjects'reponse: detecting suicidal inclinations in the Rorschach inkblot technique. *Rorschachiana*, *Yearbook of the International Rorschach Society*, 21, 75-90.
- Perry, J. C. (1988). A prospective study of life stress, défenses, psychotic symptoms, and depression in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2(1), 49-50.
- Reekum, van, R., Links, P. S., Mitton, J. M., Fedorov, C., & Patrick, J. (1996). Impulsivity, defensive functioning, and borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 81-84.
- Rousillon, R. (1991). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse. L'économie de l'acte*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Shearer, S. L., Peters, P., Quaytman M. S., & Wadman, B. E. (1987). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal Psychiatry*, *145*, 1424-1427.
- Sciara, A. D. (1996). *Interscorer agreement. Recent finding concerning Rorschach comprehensive system interscorer agreement.* Communication présentée au Congrès international du Rorschach et des méthodes projectives, Juillet 1996, Boston, Etats Unis.
- Smith, K. (1980). Objet relations concepts as applied to the borderline level of ego functioning. In J. Kwawer, M. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Éds), *Borderline phenomena and the Rorschach test*, (pp. 59-89). New York : International Universities Press.
- Smith, K. (1985). Suicide Assessment. An ego vulnerabilities approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *49*(9), 489-499.
- Soloff, H. P., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994a). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*(9), 1316-1323.
- Soloff, H. P., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994b). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline disorder. *Journal of Personality Disorders*, *8*(4), 257-267.
- Spitzer, R. P., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version (SCID I, II & P)*. Washington : American Psychiatric Press, Inc.
- Spitzer, R. P., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) I : History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 624-629.
- Stone, H. M. (1990). *The fate of borderline patients. Successful outcome and psychiatric practice.* New York : The Guilford Press.

- Stone, M. H. (1994). Characterologic subtypes of the borderline personality disorders. With a note on pronostic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (4), 773-784.
- Sugarman, A. (1980). The borderline personality organisation as manifested on psychological tests In J. Kwawer, M. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Éds), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (pp. 39-57). New York : International Universities Press.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 257-272.
- Sztulman, H., Pezous, A. M., Auby, P.H., & Moron, P. (1993). Limites de vie, limites de mort. In AFPEP (Éds), *Les états limites* (pp. 72-102). Paris : Fidakly.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topograph of parasuicide among women borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1-9.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorder. In M. Helsen, R.T. Ammerman, & L. Sisson (Éds), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 305-322). New York : Plenum Press.
- Widiger, T. A., Sanderson, C., & Warner, L. (1986). The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 50(4), 540-553.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. U. (1992). The structured clinical interview for DSM-111-R (SCID) : II. Multisite Test-Retest Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996a). The Comprehensive System for the Rorschach: a critical examination. *Psychological Science*, 7(1), 3-10.

- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996b). Thinking critical about the Comprehensive System for the Rorschach: a reply to Exner. *Psychological Science*, 7(1), 14-17.
- Yoemans, F. E., Hull, J. W., & Clarkin, J. C. (1994) Risk factors for self-damaging acts in a borderline population. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 10-16.
- Zalewski, C., & Archer, R. P. (1991). Assessment of borderline personality disorder. A review of MMPI and Rorschach Finding. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 338-345.
- Zisook, S., Goff, A., Sledge, P., & Shuchter, S. R. (1994). Report suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatient clinic. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(1), 27-31.

Appendices

Appendice A

Interprétations sommaires des indices du test de Rorschach selon Exner (1993, 1995)

1. Interprétations sommaire des indices individuels provenant de la constellation suicidaire

$FV + VF + V + FD > 2$	Indice lié à la présence d'une introspection douloureuse causés par des sentiments de honte.
Color shading blends > 0	Présence d'anxiété, de confusion émotionnelle et de dépression.
Mor > 3	Indice de dépression, de blessure à l'intégrité du Moi et à l'identité.
es $> EA$	Indice signalant que le sujet ne peut pas faire face aux exigences de son environnement et qu'il a, en conséquence, une faible tolérance aux conflits.
S > 3	Indication d'une agressivité latente, dissociée.
$3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$	Indice lié à la blessure de l'estime de soi. Si $< .31$: présence de dévalorisation. Si $> .44$: présence de surcompensation narcissique.
Zd > 3.5 ou < -3.5	Indice lié au développement cognitif et à la capacité d'intégrer beaucoup (si > 3.5) ou peu (si < -3.5) d'éléments de la réalité afin de la comprendre.
P < 3 ou > 8	Indice lié au non conformiste (si < 3) ou à un trop grand conformiste (> 8).

$CF + C > FC$	Indice lié à la difficulté à moduler des affects car ceux-ci submergent le sujet l'amenant à présenter un caractère impulsif.
$X + \% < .70$	Indication d'une incapacité à exercer un contrôle interne afin de prendre en charge les tensions, présence d'impulsivité et difficulté à mettre à distance les conflits.
Pure H < 2	Indice lié à l'incapacité à établir ou à maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes.
$R < 17$	Indice de résistance au test ou de dépression
<u>2. Interprétation sommaire d'indices ne provenant pas de la constellation suicidaire</u>	
$FC' + C'F + C'$	Indice lié au désespoir, à l'impuissance et à la rage. Plus cet indice est grand, plus il y a tendance à recourir à l'agir afin de calmer ces affects douloureux.
Cotes Spéciales : Sum 6	Indices qui dénotent la présence de trouble de la pensée et d'une certaine distortion de la réalité.
An ÷ B1	Indication d'une forte angoisse.

Ag	Indice lié à l'agressivité. Plus il est grand, plus le sujet peut présenter un tempérament colérique et qu'il s'attend à ce qu'il y ait de l'agressivité dans ses relations interpersonnelles.
F+%	Indice lié au contrôle de soi et à l'impulsivité.
D	Indication d'un équilibre ou d'une surcharge émotionnelle situationnelle. Cet indice est lié à la capacité de contrôle, d'intégration des affects et à la tolérance au stress.
D ajusté	Indication d'un équilibre ou d'une surcharge émotionnelle chronique. Cet indice démontre la qualité durable de la structure de la personnalité. Plus cet indice est petit, plus il y a immaturité affective et décompensation structurale.
FT + TF + T	Indice lié aux besoins affectifs. Plus il tend vers 0, plus il y a négation des besoins affectifs et superficialité dans les rapports interpersonnels. Plus il est grand, plus il y a présence de besoins affectifs intenses qui sont liés à des sentiments de solitude et d'abandon.

Appendice B

Questionnaire clinique sur les passages à l'acte

Renseignements cliniques

1- Passage à l'acte

- Avez-vous déjà fait une ou des tentatives suicidaires?

Oui Non

Si oui, décrire chacune des tentative de suicide:

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Séquelles physiques : _____

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Séquelles physiques : _____

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Séquelles physiques : _____

Nombre de tentatives de suicide : Dernier mois : _____

À vie: _____

- Avez-vous déjà eu des idées suicidaires sans avoir passé à l'acte?

Oui Non

Si oui, décrire chacun des épisodes d'idéations suicidaires

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Présence dans le dernier mois : Oui Non

- Vous êtes-vous déjà fait des automutilations?

Oui Non

Si oui décrire chaque épisode automutilatoire :

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Séquelles physiques : _____

Âge : _____

Moyens utilisés : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Séquelles physiques : _____

Nombre d'épisode à vie : _____

- Vous êtes-vous déjà battus ou avez-vous battus quelqu'un dans votre vie?

Oui Non

Si oui, combien de fois?

 0 - 05 06 - 10 11 - 15 15 et +

Décrire de la plus récente à la plus ancienne :

Âge : _____

Avec qui? : _____

Pourquoi? : _____

Intoxication (alcool / drogue) : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

Âge : _____

Avec qui? : _____

Pourquoi? : _____

Intoxication (alcool / drogue) : _____

Hospitalisations et soins médicaux : _____

- Avez-vous déjà brisé des objets sous le coup de la colère?

Oui Non

Si oui combien de fois? _____

Quel objet? _____

Appendice C

Résultats statistiques secondaires

La constellation du potentiel suicidaire: hypothèse 1

Tableau 7
 Nombres de critères de la constellation suicidaire
 en fonction des groupes de sujets ($N=33$)

Variables descriptives	Sujets suicidaires ($N = 17$)	Sujets non suicidaires ($N = 16$)	Total ($N=33$)
A) Nombre de sujets (n):			
• répondant à aucun critère	0	0	0
• répondant à 1 critère	1	0	1
• répondant à 2 critères	0	1	1
• répondant à 3 critères	1	2	3
• répondant à 4 critères	2	1	3
• répondant à 5 critères	7	2	9
• répondant à 6 critères	2	7	9
• répondant à 7 critères	1	2	3
• répondant à 8 critères*	1	1	2
• répondant à 9 critères*	1	0	1
• répondant à 10 critères*	1	0	1
• répondant à 11 critères*	0	0	0
• répondant à 12 critères*	0	0	0
B) Nombre moyen de critères par groupe de sujets (M) :			
	5.47	5.38	5.42

* Constellation du potentiel suicidaire positive (8 critères et plus)

Tableau 8

Fréquences de sujets répondants aux indices de la constellation du potentiel suicidaire

Indices de la constellation	Sujets limites suicidaires (N=17)	Sujets limites totaux (N=33)
• $FV+VF+V+FD > 0$	23.5% (n=04)	30.3% (n=10)
• Color-shading blends > 0	52.9% (n=09)	57.6% (n=19)
• $Mor > 3$	23.5% (n=04)	24.2% (n=08)
• $es > Ea$	64.7% (n=11)	75.8% (n=25)
• $S > 3$	29.4% (n=05)	42.4% (n=14)
• $\frac{3r + (2)}{R} < .31$ ou $> .44$	52.9% (n=09)	45.5% (n=15)
• $Zd < -3.5$ ou > 3.5	64.7% (n=11)	54.4% (n=18)
• $P < 3$ ou > 8	05.9% (n=01)	06.1% (n=02)
• $CF+C > FC$	64.7% (n=11)	45.5% (n=15)
• $X+\% < .70$	94.1% (n=16)	93.9% (n=31)
• $Pure H < 2$	29.4% (n=05)	33.3% (n=11)
• $R < 17$	17.6% (n=03)	15.2% (n=05)

Indices individuels de la constellation suicidaire: hypothèse 2

Hypothèse: 2.1

Tableau 9

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable FV+VF+FD>0
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
FV+VF+FD>0			
Sujets répondant à cette variable	23.5% (n=4)	37.5% (n=6)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	76.5% (n=13)	62.5% (n=10)	
			$X^2 (1, N = 33) = .76, p = ns$

Hypothèse: 2.2

Tableau 10

Résultats Obtenus au test Khi - Carré de la Variable Color Shading Blends>0
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
Color shading blends>0			
Sujets répondant à cette variable	52.9% (n=9)	62.5% (n=10)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	47.1% (n=8)	37.5% (n=6)	
			$X^2 (1, N = 33) = .31, p = ns$

Hypothèse: 2.3

Tableau 11

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Mor>3
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
Mor>3			
Sujets répondant à cette variable	23.5% (n=4)	25.0 % (n=4)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	76.5% (n=13)	75.0% (n=12)	
			$X^2 (1, N = 33) = .01, p = ns$

Hypothèse: 2.4

Tableau 12

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable es>Ea
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
es>Ea			
Sujets répondant à cette variable	64.7% (n=11)	87.5% (n=14)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	35.3% (n=6)	12.5% (n=2)	
			$X^2 (1, N = 33) = 2.33, p = ns$

Hypothèse: 2.5

Tableau 13

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable S>3
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
S>3			
Sujets répondant à cette variable	29.4% (n=5)	56.3% (n=9)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	70.6% (n=12)	43.8% (n=7)	
			$X^2 (1, N = 33) = 2.43, p = ns$

Hypothèse: 2.6

Tableau 14

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable $3r + (2)/R < .31$ ou $> .44$
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
$3r + (2) < .31$ ou $> .44$ R			
Sujets répondant à cette variable	52.9% (n=9)	37.5% (n=6)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	47.1% (n=8)	62.5% (n=10)	
			$X^2 (1, N = 33) = .79, p = ns$

Hypothèse: 2.7

Tableau 15

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Zd < -3.5 ou > 3.5
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
Zd < -3.5 ou > 3.5			
Sujets répondant à cette variable	64.9% (n=11)	43.8% (n=7)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	35.3% (n=6)	60.0% (n=9)	
			$X^2 (1, N = 33) = 1.46, p = ns$

Hypothèse: 2.8

Tableau 16

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable P < 3 ou > 8
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
P < 3 ou > 8			
Sujets répondant à cette variable	5.9% (n=1)	6.3 % (n=1)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	94.1% (n=16)	93.8% (n=15)	
			$X^2 (1, N = 33) = .00, p = ns$

Hypothèse: 2.10

Tableau 17

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable X+% <.70
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
X+% < .70			
Sujets répondant à cette variable	94.1% (n=16)	93.8% (n=15)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	5.9% (n=1)	6.3% (n=1)	
			$X^2 (1, N = 33) = .00, p = ns$

Hypothèse: 2.11

Tableau 18

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable Pure H <2
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
Pure H <2			
Sujets répondant à cette variable	29.4% (n=5)	37.5% (n=6)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	70.6% (n=12)	62.5% (n=10)	
			$X^2 (1, N = 33) = .24, p = ns$

Hypothèse: 2.12

Tableau 19

Résultats Obtenus au Test Khi - Carré de la Variable R<17
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Variable	Sujets suicidaires (N = 17)	Sujets non suicidaires (N = 16)	Khi-carré
	% (n)	% (n)	
R<17			
Sujets répondant à cette variable	17.6% (n=3)	12.5% (n=2)	
Sujets ne répondant pas à cette variable	82.4% (n=14)	87.5% (n=14)	
			$\chi^2 (1, N = 33) = .17, p = ns$

Autres indices: hypothèse 3Hypothèse: 3.1.1

Tableau 20

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum C'
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	2.12	1.83			
Sujets non suicidaires (B)	2.75	2.34			
A X B			-.68	31	ns

Hypothèse: 3.1.2

Tableau 21

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum 6
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	5.65	3.74			
Sujets non suicidaires (B)	4.81	3.60			
A X B			.65	31	ns

Hypothèse: 3.1.3

Tableau 22

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable AN+BL
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	2.88	2.15			
Sujets non suicidaires (B)	2.50	1.16			
A X B			.63	31	ns

Hypothèse: 3.1.4

Tableau 23

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Ag
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	1.88	2.26			
Sujets non suicidaires (B)	1.81	1.22			
A X B			.11	31	ns

Hypothèse: 3.1.6

Tableau 24

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum V
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	1.16	1.12			
Sujets non suicidaires (B)	1.31	1.29			
A X B			-.41	31	ns

Hypothèse: 3.2.1

Tableau 25

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable F+%
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	.37	.29			
Sujets non suicidaires (B)	.43	.21			
A X B			-.58	31	ns

Hypothèse: 3.2.2

Tableau 26

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable D
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	-1.00	2.50			
Sujets non suicidaires (B)	-2.06	2.11			
A X B			1.31	31	ns

Hypothèse: 3.2.3

Tableau 27

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Da
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	-0.06	1.85			
Sujets non suicidaires (B)	-1.06	1.95			
A X B			1.52	31	ns

Hypothèse: 3.2.4

Tableau 28

Résultats Obtenus au Test - t de la Variable Sum T
en Fonction du Passage à l'Acte Suicidaire (N=33)

Source de Variation	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
Sujets suicidaires (A)	1.05	1.04			
Sujets non suicidaires (B)	2.06	1.84			
A X B			-1.87	31	ns

