

## Résumé

**Titre du résumé :** addictions chez les personnes borderlines à travers le PDM-2

**Auteur :**

Frédérique Le Montagner

Psychologue

-Doctorante sur Université de Nantes auprès du Directeur de Thèse : Didier ACIER-laboratoire du Centre de Recherche en Éducation de Nantes (CREN)

-Service d'Addictologie complexe de Niv. 2 Le Cap-Auray  
CHBA 20 Boulevard Général Maurice Guillaudot-BP 70555-56017 Vannes Cedex-France

-Mail : frederique.lemontagner@hotmail.fr

*L'objectif de ce travail est d'ouvrir un autre point de vue sur les personnalités borderlines présentant une addiction. Il s'agit de patient ayant finalement subi une double perte de chance d'une part par la distance entre la psychiatrie et l'addictologie, et d'autre part par les débats suscités par le diagnostic «borderline». Notre exploration autour de la thématique des personnes présentant des pathologies duelles restreintes aux diagnostics borderlines et troubles addictifs, nous ont amené à parcourir différents modes d'approche. L'une d'elles a particulièrement attiré notre attention, celle du PDM-2 (Psychodynamic Diagnostic Manual II). Ce manuel s'inscrit dans une dynamique d'approche globale de la vie psychique des personnes, en décrivant l'ensemble du spectre de leur fonctionnement psychique, il est proposé plus comme une étude des diversités de l'individu plutôt qu'une vision par les perturbations psychiques. Le PDM-2 nous permet d'instaurer la notion d'une description de la dynamique autour de 3 axes : Axe P (Le niveau d'organisation de la personnalité et les types ou troubles de personnalité prédominants), Axe M (Le niveau de fonctionnement mental global) et Axe S (l'expérience subjective du patient). Ce texte est illustré par des liens faits avec les éléments décrits par Ada borderline et addicte.*

*Je certifie que ce travail présenté n'a aucun lien avec l'industrie pharmaceutique, du tabac, de l'alcool, de la cigarette électronique et avec les compagnies de jeux. Les sources de financement de ce projet sont personnelles et donc non soumises à un conflit d'intérêt.*

## **Titre : Un nouveau point de vue des addictions chez les personnes borderlines à travers le PDM-2**

*Mots clés ; PDM2, Borderline, TPL, Addictologie, psychodynamique*

*Remerciement à Didier Acier, directeur de thèse pour sa relecture bienveillante.*

J'ai décidé de traiter cette question du côté des territoires théoriques, parce que vous connaissez tous cette phrase : « Un jour, j'irai vivre en Théorie, car en Théorie tout se passe bien. » C'est bien ce que nous dit cette phrase ! Mais qu'en est-il du versant du territoire théorique qui concerne les patients borderlines en addictologie ? Nous pourrions suivre dans cette exploration Ada , qui a été évaluée avec un diagnostic de TPL et qui est aussi consommatrice problématique d'alcool et sous Traitement de Substitution Opiacé (T.S.O.) méthadone.

Il est constaté que le double diagnostic est souvent considéré de manière différente par le personnel des services de psychiatrie générale pour adultes et des services d'accompagnement en addictologie, avec des priorités de traitement qui sont également différentes.

Dans l'étude épidémiologique Nesarc, sur plus de 43 000 sujets, la fréquence des troubles de la personnalité limite (TPL), selon les critères DSM-IV, inchangés dans le DSM-5, était de 16,4 % chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues sur la vie entière, contre 5,9 % en population générale. Et inversement la Nesarc précise également qu'il est constaté que la fréquence des addictions sur la vie entière chez les sujets présentant un TPL était de 45,3 %. Dans d'autres études les chiffres varient entre 14% et 19% en fonction des produits mais aussi avec la prise en compte d'un contexte de dépendance ainsi que d'abus (Dervaux, 2014).

Ce territoire est donc bien marqué par des fosses quasi océaniques dirais-je. Notre exploration autour de la thématique des personnes présentant des pathologies duelles restreintes aux diagnostics borderlines et troubles addictifs, nous ont amené à parcourir différents modes d'approche. L'une d'elles a particulièrement attiré notre attention, celle du PDM-2 (*Psychodynamic Diagnostic Manual II*). Ce manuel s'inscrit dans une dynamique d'approche globale de la vie psychique des personnes, en décrivant l'ensemble du spectre de leur fonctionnement psychique, il est proposé plus comme une étude des diversités de l'individu plutôt qu'une vision par les perturbations psychiques.

Le PDM-2 se veut être un pont entre la recherche et le clinicien de terrain. Il souhaite aussi s'inscrire dans une approche globale des personnes. Nous voilà, projeté dans un nouvel appareil à mettre en lien. Le PDM a été fortement influencé par la procédure d'évaluation de Shedler-Westein (SWAP-200)<sup>1</sup>, dont il s'est largement inspiré. La deuxième édition du

---

<sup>1</sup>L'instrument SWAP est basé sur la méthode Q-sort, une méthode psychométrique conçue pour maximiser la fiabilité et minimiser la variance des erreurs T (moyenne = 50, ET = 10).

*PDM (PDM-2) a été présentée en Italie en 2018 et est actuellement en cours de traduction française (Faure, 2018).*

Equipée de ce nouvel instrument optique, nous proposons donc de tracer le vaste « biome » de cette pathologie duelle à travers la lentille réflexive du manuel d'évaluation psychodynamique numéro 2 (Lingiardi, 2017). La contextualisation du PDM-2 est indispensable, car comme le précise Cyrille Bouvet pour le PDM, manuel précédent, malgré *l'ampleur et l'ambition de ce travail et le fait qu'il s'inscrive dans un courant psychodynamique, le PDM a peu d'écho en France (Bouvet, 2010)*. Et il en est de même pour le PDM-2 où il y a encore peu d'article francophone y faisant référence, sans doute à cause de la barrière de la langue. Le PDM 1 est publié en 2006 en anglais (856 pages), fruit du travail d'une cinquantaine de psychologues et psychiatres d'orientation analytique, avec la participation de psychanalystes de plusieurs pays (dont des psychanalystes français<sup>2</sup>) (Bouvet, 2010). Le PDM-2 lui succède en 2017, quasi 10 ans plus tard sous la direction de Vittorio Lingiardi et Nancy Mc Williams<sup>3</sup>. Il ne s'agit pas d'un travail purement psychanalytique, mais bien d'un travail psychodynamique, adaptant des concepts et processus issus de la psychanalyse dans une démarche compréhensive et standardisée.

Le groupe des adultes suit la caractérisation de trois axes, le long desquels le clinicien peut faire progresser les diagnostics d'un patient : Axe P (Le niveau d'organisation de la personnalité et les types ou troubles de personnalité prédominants), Axe M (Le niveau de fonctionnement mental global) et Axe S (l'expérience subjective du patient).

Le PDM-2 impose la question du diagnostic ce qui parfois effraie par l'impression de stigmatiser les personnes. Cette question est d'ailleurs soulevée par les collègues travaillant avec les enfants (Lepage-Voyer, 2018 ; Didier, 2021). Néanmoins, Vittorio Lingiardi insiste sur l'intérêt d'une réflexion diagnostic :

*J'espère que le diagnostic ne sera plus considéré comme un « gros mot » (citant Nancy McWilliams) ou comme un acte bureaucratique ou dévalué. Il s'agit plutôt d'un processus engageant et stimulant qui peut nous ramener à la signification originelle et ancienne du mot diagnostic : « savoir à travers ». À travers le patient, le dialogue et la relation.* (Faure, 2018)<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>Braconnier A, Geudeny N, Hanin B, Sauvagnat F, Thurin J, Widlöcher D. Suitability and indications, for psychoanalytical psychotherapy. In: PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual, ([1], p. 403–30).

<sup>3</sup>Le PDM lui avait été dirigé par S. Greenspan avec l'aide de N. McWilliams et R. Wallerstein, [il] était parrainée par cinq organisations : l'American Psychoanalytic Association, l'International Psychoanalytical Association, la Division de Psychanalyse de l'American Psychological Association, l'Académie américaine de psychanalyse et de psychiatrie dynamique, et le Comité national de l'adhésion sur la psychanalyse dans le travail social clinique.

Le PDM-2 lui a été également parrainé par l'Association internationale pour la psychanalyse relationnelle et la psychothérapie (Faure, 2018).

<sup>4</sup>Le processus de diagnostic n'a pas de formule simple et facile à appliquer. Dans son ouvrage *General Psychopathology (1913)*, Karl Jaspers affirme que « tout schéma de diagnostic doit rester un problème ennuyeux pour le scientifique » (*Alle Diagnosenschemata müssen für den Forscher eine Qual Bleiben*). Dans la citation originale, le mot allemand *Qual* est utilisé pour « ennuyeux » ; *Qual* signifie littéralement « tourment », et en fait je pense que pour les chercheurs et les cliniciens le diagnostic devrait être un « tourment ». Il y a toujours une tension entre le besoin de connecter un patient à une catégorie générale et, en même temps, de relier le patient à ses

Le diagnostic peut venir, ainsi, se détacher des sphères pathologiques pour plutôt rendre existant la personne en développant un savoir au plus proche de sa réalité. Et ainsi par ce diagnostic laisser à la personne la possibilité d'accepter qui elle est, par l'effet du reflet thérapeutique.

Les TPL et le PDM2

## **Axe P (Le niveau d'organisation de la personnalité et les types ou troubles de personnalité prédominants) du PDM-2**

À quoi correspond la carte P-Axis du PDM 2 et a-t-elle un écho particulier avec les TPL ?

Le niveau d'organisation de la personnalité recouvre deux niveaux d'organisation :

*(1) level of personality organization and  
(2) personality style or type. (Lingiardi, 2017)<sup>5</sup>*

Le "level of personality organization" va correspondre à une description du niveau d'organisation allant d'un niveau « névrotique » à un niveau « psychotique », en passant par un niveau intermédiaire « limite », tel un curseur sur un axe. Le « personality style or type » lui va rejoindre les aspects psychiques principaux et les éléments d'organisation. Il englobe motifs, fantasmes, schémas, caractéristiques de pensées et de sentiments, façons de se percevoir et de percevoir les autres, façons de faire face et de se défendre, etc.

Ada nous explique chercher parfois dans les produits la limite entre la folie et son état habituel. Avec les produits, elle agit sur son niveau d'organisation de personnalité en poussant son curseur au maximum du niveau limite allant à la frontière du niveau psychotique.

Concernant l'aspect type de personnalité, Ada décrit très finement cette question du « percevoir », il lui semble que les autres la regardent de manière jugeante lorsqu'ils perçoivent qu'elle n'est pas tout à fait comme tout le monde. Elle prend l'exemple de son sourire, où lorsqu'elle est mal à l'aise, elle sourit mais son sourire reste figé et elle a l'impression d'une incohérence dans les codes sociaux qui fait que l'Autre la juge.

Le manuel nous précise judicieusement que les traumatismes ou les tensions peuvent modifier la perception de la personne et ainsi la laisser avoir l'air borderline, voire psychotique. Il

---

*qualités uniques – «l'impossible science de l'être unique», dirait Roland Barthes. Un manuel de diagnostic utile devrait maintenir une tension saine entre les objectifs de saisir la complexité des phénomènes cliniques (compréhension fonctionnelle) et le développement des critères qui peuvent être jugés de manière fiable et utilisés dans la recherche (compréhension descriptive). (Le Manuel Diagnostique Psychodynamique (PDM-2) - Institut Alfred Adler de Paris ([institut-alfred-adler-paris.fr](http://institut-alfred-adler-paris.fr)))*

<sup>5</sup>Les principes d'organisation de l'axe P sont :

- Le niveau d'organisation de la personnalité
- Le style ou type de personnalité. (traduction par l'auteur)

faut donc tenir compte du contexte et de la temporalité de la personne. Les frontières entre normalité et pathologique ne sont pas fixes et universelles ; elles varient en fonction des systèmes culturels<sup>6</sup>, de la gravité de la perturbation du niveau d'organisation de la personnalité.

L'émergence, tout au long du 20e siècle, du concept de borderline est reprise, d'abord de manière empirique puis théorique. La notion de limite devient un maillage de compréhension essentiel.

L'utilisation du terme " borderline " est donc ici plus large que celle du terme " trouble de la personnalité ".

*Bien que chaque style de personnalité puisse, en principe, exister à n'importe quel niveau d'organisation, certains styles de personnalité sont plus susceptibles d'être trouvés à l'extrémité saine (par exemple, névrotique) du spectre de gravité, et certains à l'extrémité la moins flexible (par exemple, limite, psychotique). (Lingiardi, 2017)<sup>7</sup>*

Le concept de borderline vient alors marquer un véritable enjeu de conceptualisation, le diagnostic DSM du trouble de la personnalité limite confond essentiellement l'organisation limite avec le trouble de la personnalité histrionique<sup>8</sup>.

Ils nous amènent à une prise de conscience sur un trouble de la personnalité borderline basée sur les définitions des DSMs.

*Kernberg vient à nouveau reposer le débat, il a abordé le problème des utilisations discordantes du terme "borderline" en distinguant le trouble de la personnalité borderline (le concept des DSM) et l'organisation de la personnalité borderline (le concept psychanalytique). (Lingiardi, 2017)<sup>9</sup>*

Le PDM-2 vient alors spécifier que les deux approches sont complémentaires. Il y a d'une part un niveau limite d'organisation de la personnalité (qui se rapproche du concept psychanalytique), et en incluant en plus la personnalité limite comme un style ou un type de personnalité « diagnostiquable » dans le P-Axis, qui lui va rejoindre le concept du DSM.

Par la suite, ils précisent que :

---

<sup>6</sup>(Alarcón & Foulks, 1995a, 1995b ; Kakar, 2008 ; Kitayama & Markus, 1999 ; Lewis-Fernández et al., 2014 ; Tummala-Narra, 2016).

<sup>7</sup>*Although each personality style can, in principle, exist at any level of organization, some personality styles are more likely to be found at the healthier (e.g., neurotic) end of the severity spectrum, and some at the sicker (e.g., borderline, psychotic) end. For example, patients with hysterical or obsessional personality styles are more likely to be organized at a neurotic level of severity; those with paranoid or psychopathic styles are more likely to be organized at a borderline level.*

<sup>8</sup>et dans le processus rend les catégories diagnostiques du trouble de la personnalité limite et du trouble de la personnalité histrionique essentiellement empiriquement indiscernables ; voir Shedler & Westen, 2004

<sup>9</sup>*Kernberg addressed the problem of discrepant uses of the term "borderline" by distinguishing between borderline personality disorder (the DSMs' concept) and borderline personality organization (the psychoanalytic concept).*

*Nous reconnaissons que l'inclusion de la personnalité borderline comme un style de personnalité P-Axis est une solution imparfaite et inélégante, et n'est pas totalement cohérente avec le cadre conceptuel que nous exposons dans ce chapitre. Cependant, étant donné la littérature extensive qui existe sur la construction du trouble de la personnalité borderline dans le DSM et son acceptation clinique répandue, nous avons également estimé qu'il était nécessaire de l'inclure. (Lingiardi, 2017)<sup>10</sup>*

La mise au point de nos jumelles pour observer la carte des psychopathologies permet donc de faire un focus sur le territoire TPL.

Dans cette partie, le transfert et les contre-transferts sont assimilés à des éléments cliniques permettant de progresser dans le diagnostic.

*Les transferts de ces patients ont tendance à être intenses et difficiles à percevoir pour les patients en tant que transfert.<sup>11</sup>*

Sur la présentation de l'Axe P, chaque personnalité a un résumé de ses caractéristiques principales. Pour les personnalités Borderlines, les caractéristiques principales (key features) sont résumées de la manière suivantes :

**Types constitutionnel – maturationnel impliqués:** Difficultés, dès le stade sensori-moteur, de régulation des affects, intensité, agressivité, capacité à être apaisé.

**Tension/préoccupation centrale :** Cohésion de soi contre fragmentation ; attachement envahissant contre désespoir d'abandon.

**Les affects centraux :** Des affects intenses en général, en particulier la rage, la honte et la peur.

**croyances pathogènes à propos du moi:** "Je ne sais pas qui je suis ; je vis des états de moi dissociés plutôt que d'avoir un sentiment de continuité".

**croyances pathogènes à propos d'autrui:** "Les autres sont unidimensionnels et définis par leurs effets sur moi, plutôt que par le sens de leur complexité psychologique individuelle."

**modalités défensives dominantes:** *Le fractionnement, l'identification projective, le déni, la dissociation, le passage à l'acte et autres défenses primitives (PDM-2).* (Lingiardi, 2017)<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup>*We recognize that the inclusion of borderline personality as a P-Axis personality style is an imperfect and inelegant solution, and is not fully consistent with the conceptual framework that we lay out in this chapter. However, given the extensive literature that exists on the DSMs' construct of borderline personality disorder and its widespread clinical acceptance, we also felt it was necessary to include it.*

<sup>11</sup>*The transferences of such patients tend to be intense and difficult for the patients to see as transference.*

<sup>12</sup>**(traduction de l'auteur parfois en lien avec celle de Cyril Bouvet) Contributing constitutional-maturationnal patterns:** Congenital difficulties with affect regulation, intensity, aggression, capacity to be soothed. **Central tension/preoccupation:** Self-cohesion versus fragmentation; engulfing attachment versus abandonment despair.

**Central affects:** Intense affects generally, especially rage, shame, and fear.

**Characteristic pathogenic belief about self:** "I don't know who I am; I inhabit dissociated self-states rather than having a sense of continuity."

## L' Axe M

Nommé « Profile of Mental Functioning » comme le fonctionnement mental.

L'axe M a été écrit en s'appuyant sur diverses approches notamment cognitives, développementales, psychanalytiques. Elle permet d'avoir une approche plus minutieuse et une description des symptômes cliniques et des processus thérapeutiques. Elles ont été construites autour de deux questions l'une se rapportant aux processus mesurés par chacune des capacités et l'autre comment peuvent-ils être mesurés ?

L'Axe M nous semble pouvoir effrayer les professionnels s'il est envisagé de manière rigide hors les auteurs du PDM 2 précise bien que cet axe doit être perçu avec une porosité :

*Bien que l'axe M du PDM-2 articule le fonctionnement mental en 12 capacités distinctes, il est important de souligner que, bien que conceptuellement distinctes, ces capacités ne sont pas complètement séparées. Le fonctionnement mental doit être considéré comme un ensemble unifié et intégré de processus - une totalité, un unicum - qui, sur le plan opérationnel, peut être divisé en catégories contiguës, au sens aristotélicien du terme. (PDM2)<sup>13</sup>*  
C'est ainsi que certaines capacités s'intriquent et s'enchevêtrent cependant chaque caractéristique reste spécifique dans le fonctionnement mental. Il nous semble d'ailleurs que ces intrications pourraient être en elles-mêmes, l'objet de travaux.

<i>A-Cognitive and affective processes</i>	<i>B-Identity and relationships</i>	<i>C-Defense and coping</i>	<i>D-Self-awareness and self-direction</i>
1. Capacity for regulation, attention, and learning	4. Capacity for differentiation and integration (identity)	7. Capacity for impulse control and regulation	10. Self-observing capacities (psychological mindedness)
2. Capacity for affective range, communication, and understanding	5. Capacity for relationships and intimacy	8. Capacity for defensive functioning	11. Capacity to construct and use internal standards and ideals
3. Capacity for mentalization and reflective functioning	6. Capacity for self-esteem regulation and quality of internal experience	9. Capacity for adaptation, resiliency, and strength	12. Capacity for meaning and purpose

*Présentation en tableau des capacités de l'Axe M du PDM-2<sup>14</sup>*

**Characteristic pathogenic belief about others:** "Others are one-dimensional and defined by their effects on me, rather than by a sense of their complex individual psychology."

**Central ways of defending:** Splitting, projective identification, denial, dissociation, acting out, and other primitive defenses.

<sup>13</sup>*Although the PDM-2 M Axis articulates mental functioning in 12 distinct capacities, it is important to recognize that—although conceptually distinct—these capacities are not completely separate. Mental functioning should be conceptualized as a unified, integrated set of—a totality, a unicum—that operationally can be divided into contiguous categories, in the Aristotelian sense. (PDM2)*

<sup>14</sup>*Présentation en tableau des capacités de l'Axe M du PDM-2 (traduction de l'auteur)*

*A-Processus cognitifs et affectifs* : 1-capacité de régulation, d'attention et d'apprentissage ; 2-capacité pour la gamme affective, la communication et la compréhension ; 3-capacité de mentalisation et de fonctionnement réflexif;

Pour les TPL, nous pouvons mettre en résonance ce qui se passe pour le « Cognitive and affective processes » dans l'axe M avec l'axe P notamment sur les régulations des affects, leur intensité, l'agressivité et la capacité à être apaisé ; les affects centraux autour de la rage, la honte et la peur. Identity and relationships chez les TPL va faire écho aux tensions, préoccupation centrale autour de la cohésion de soi, l'attachement envahissant versus une peur de l'abandon. Ainsi que les croyances pathogènes à propos d'autrui autour du manque de différenciation. En ce qui concerne les « défenses and coping », ils font une résonance pour nous avec les modalités défensives autour du clivage, l'identification projective, le déni, la dissociation, le passage à l'acte.

Ada nous parle régulièrement de la honte qu'elle ressent face à sa situation professionnelle, sociale. Pour tenter de contenir cette honte, elle peut s'acharner à maintenir des situations extrêmement inconfortables l'empêchant d'avancer dans ses changements professionnels par exemple.

Stern a repris la relation d'objet chez les borderlines, il souligne que pour les cliniciens les caractéristiques principales qui viennent spontanément pour des sujets TPL sont des problèmes avec l'identité et le clivage comme un positionnement défensif.<sup>15</sup> (Stern, 2018)

Le résultat de cette coopération autour du fractionnement est une identité diffuse<sup>16</sup> avec un soi manquant de continuité dans l'espace et le temps et les passages d'un aspect à l'autre se font de manière brusque. Si nous le mettons en miroir avec le PDM2, cela nous rapproche plus de l'articulation entre l'Axe P et l'Axe M.

C'est ainsi que Stern amène l'aspect identitaire mais aussi le lien à l'Autre notamment à travers les représentations floue de soi et d'autrui nommé « identité diffuse » ceci impliquant un effet caricatural de soi et des autres.

Cela implique l'arrivée de symptômes récurrents chez les personnalités borderlines : *Cette scission interne rend l'individu vulnérable aux symptômes typiques de l'état limite tels que la labilité de l'humeur, l'idéalisation/dévalorisation, l'instabilité et le manque de cohérence dans le sentiment de soi, avec des difficultés correspondantes dans l'expérience stable et réaliste des autres*<sup>17</sup>

---

*B-Identité et relations* : 4-capacité de différenciation et d'intégration ; 5-capacité de relations et d'intimité ; 6-la réglementation de l'estime de soi et la qualité de l'expérience interne;

*C-Défense et adaptation* : 7-contrôle et régulation des impulsions ; 8-fonctionnement défensif ; 9-adaptation, résilience et force;

*D-Conscience de soi et autodirection* : 10-capacités d'auto-observation (esprit psychologique) ; 11-capacité de construire et d'utiliser des normes et des idéaux internes ; 12-signification et but.

<sup>15</sup>Parmi les caractéristiques qui viennent à l'esprit d'un clinicien lorsqu'il pense à la personnalité borderline, les problèmes d'identité et le clivage comme posture défensive sont parmi les plus importants et les plus déterminants. (Traduction de l'auteur)

<sup>16</sup>Identité floues (traduction de l'auteur)

<sup>17</sup>*This internal split leaves the individual vulnerable to typical borderline symptoms such as mood lability, idealization/ devaluation, instability, and a lack of coherence in the sense of self, with corresponding difficulties in the steady, realistic experience of others*

## L'Axe S ou L'addictologie dans le PDM2

L'Axe S évoque la subjectivité et l'expérience du patient face à un TPL le vécu va être différent en fonction de chaque personne, c'est aussi dans cet axe que sont inscrit plus précisément les addictions. Même si les personnes présentent des Axe P et M communs, leur expérience subjective peut être tout à fait différente.

*Nous décrivons la subjectivité individuelle en termes de schémas affectifs, de contenu mental, d'états somatiques concomitants et de schémas relationnels associés.*<sup>18</sup>

La notion de temporalité subjective est à retrouver sous cet axe.

*Les symptômes indiquent un diagnostic, mais ils racontent aussi une histoire. Ils expriment la façon dont une personne fait face à son expérience de façon caractéristique. Ils ont un caractère temporel : Pourquoi maintenant ? Et comment cela se rapporte-t-il au passé et à l'avenir de cette 'personne' ?*<sup>19</sup>

Concernant les comorbidité les auteurs du PDM-2 nous précisent qu'ils pensent que la multiplication des symptômes est un marqueur de la complexité du fonctionnement psychique de la personne :

Le PDM2 précise un lien entre les troubles psychiques et les consommations addictives des substances ainsi que les poly-addictions.

L'aspect addictologique est relié à un aspect défensif, mais le PDM-2 inclut la notion de temporalité par l'effet temporaire des produits et la chronicité des difficultés.

*En accord avec la vision syndromique, l'hypothèse de l'automédication soutient qu'il existe des processus pathologiques biopsychosociaux sous-jacents communs à toutes les dépendances. Parce qu'une dépendance a une fonction défensive, il est très difficile de l'arrêter. Elle atténue la souffrance, mais comme ce soulagement n'est que temporaire, la personne doit s'engager à nouveau dans le comportement défensif de la dépendance une fois que le soulagement s'estompe. Cela reflète la nature chronique et compulsive des attitudes et des troubles liés à la dépendance.*(Lingiardi, 2017)<sup>20</sup>

Plusieurs domaines sont décrits comme impacté par l'addiction.

---

<sup>18</sup>*We depict individual subjectivity in terms of affective patterns, mental content, accompanying somatic states, and associated relationship patterns*

<sup>19</sup>*Symptoms indicate a diagnosis, but they also tell a story. They express how someone characteristically copes with experience. They have a temporality : Why now? And how does this relate to this person's past and future ?*

<sup>20</sup>*The most prominent psychodynamic model of addiction interprets addiction as a form of self-medication against dysphoria or disordered mood. This formulation has also influenced cognitive-behavioral views of addiction. Consonant with the syndrome view, the self-medication hypothesis argues that there are common underlying biopsychosocial pathological processes underlying all addictions. Because an addiction serves a defensive function, it is very hard to stop. It ameliorates suffering, but because that relief is only temporary, the person needs to engage again in the defensive behavior of addiction once the relief wears off. This reflects the chronic, compulsive nature of addictive attitudes and disorders*

*Les troubles addictifs affectent tous les aspects de la vie d'une personne, y compris la régulation émotionnelle, la prise en charge efficace de soi, la recherche de relations épanouissantes et le maintien de l'estime de soi.*<sup>21</sup>(Lingiardi, 2017)

Le PDM-2 décide de préciser les attentes des consommateurs en fonction des effets des produits sur les sentiments ressentis devenus intolérables en précisant que :

*Les opiacés aident une personne à se sentir "calme", "détendue" ou "normale". Les stimulants combattent la baisse d'énergie, la sensation de faiblesse et le sentiment de ne pas être aimé ; ils peuvent également être utilisés par des personnes à haute énergie pour augmenter une adaptation hypomaniaque préférée ou pour combattre la dépression. Les sédatifs (par exemple, l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques), à faible dose, peuvent surmonter les sentiments d'isolement et permettre des sentiments de proximité et de chaleur (par exemple, " je peux me sentir comme un des gars... je peux rejoindre la race humaine ") ; à forte dose, ils noient les sentiments négatifs et indésirables et mènent à l'isolement social.*<sup>22</sup>.(Lingiardi, 2017)

Les professionnels améliorent de plus en plus leur repérage des difficultés psychiques en s'appuyant de plus en plus sur la description des patients dans leur recherche d'effet des produits. Cette dynamique autorisant à ouvrir sur d'autres hypothèses de diagnostic insuffisamment explorées jusqu'à présent.

Le vécu émotionnel décrit par les patients est un peu plus détaillé par la suite. Il ne nous semble pas complet et ne le peut d'ailleurs certainement pas, car la part subjective ne peut pas être décrite de manière exhaustive.

*Voici quelques façons dont les personnes sujettes à la dépendance vivent leur vie émotionnelle :*

- *Sentiments d'ennui et de dépression et d'indignité alternant avec des exigences.*
- *Des sentiments intenses de rage ou de colère peuvent s'envenimer ou éclater. Ces sentiments peuvent être associés à de l'agitation ou à un sentiment d'effondrement. Les personnes dépendantes des opiacés, par exemple, disent que les drogues agissent pour calmer ou contenir leurs sentiments ou pour qu'elles se sentent normales.*
- *L'usage chronique entraîne une dépendance physique et le besoin de ne pas être privé de la substance. Les patients disent se sentir mal sans la substance de leur choix ; ils peuvent être pris de panique s'ils ne peuvent pas obtenir la substance.*

---

<sup>21</sup>*Addictive disorders affect all areas of a person's life, including emotional regulation, effective self-care, finding fulfilling relationships, and maintaining self-esteem.*

<sup>22</sup>*Opiates help a person to feel "calm," "mellow," or "normal." Stimulants counter low energy, feelings of weakness, and feelings of being unloved; they may also be employed by high-energy individuals to augment a pre-ferred hypomanic adaptation or to combat depression. Sedatives (e.g., alcohol, benzodiazepines, barbiturates), in low doses, can overcome feelings of isolation and allow feelings of closeness and warmth (e.g., "I can feel like one of the guys . . . I can join the human race"); in high doses, they drown out negative, unwelcome feelings and lead to social isolation*

• *Au fur et à mesure que la dépendance physique se développe, bon nombre des sentiments soulagés par les drogues sont rendus plus intenses et intolérables lorsque les drogues sont retirées brusquement.*<sup>23</sup>(Lingiardi, 2017)

Ceci rejoint le constat de Smaniotto sur la réalité intrapsychique dans les patients consommant de l'alcool : *l'image du corps et la représentation de soi des sujets alcooliques sont atteintes (difficultés à poser des identifications, à entrer en relation avec l'objet, problématique de différenciation sujet/objet).[...]L'angoisse dépressive de perte d'objet apparaît comme dominante. Enfin, les défenses sont centrées sur l'évitement, le recours au comportement et la dévalorisation.*(Smaniotto, 2008)

Il nous arrive régulièrement avec Ada d'explorer le « non-rythme » de ses journées, l'impression de ne rien faire avec une dévalorisation abyssale, anéantissante, car la mettant en décalage avec l'image social « du travailleur » et nous venons questionner le rythme créé par les prises de produit, ou par les soins en addictologie à travers les rendez-vous, les délivrances.

Puis l'axe S décrit l'aspect cognitif et somatique. Les modèles cognitifs s'appuient sur les distorsions cognitives à travers des rationalisations et le déni. Les états somatiques sont eux aussi marqués par la temporalité des consommations, soit les effets de la substance sur l'abus, le sevrage, mais aussi le moyen d'obtenir la substance.

Magali Ravit dans sa thèse décrit la temporalité comme suit : *L'algorithme de la distance séparant la carence de la surabondance est lié, pour une part, à la sensibilité endogène de chaque produit ou de leur cumul. Le choix explicite ou implicite des drogues paraît alors un troc somatique désignant non pas le véritable objet, mais le véritable tempo de l'objet que le sujet fait sien.* (Ravit, 2002)

Le PDM-2 finit par rappeler l'impact des addictions dans les relations aux autres et la relie avec la notion d'auto-agressivité exprimée dans les produits.

*Mais les prohibitions internes contre l'expression de l'agressivité conduisent à son déplacement vers des comportements de dépendance, qui donnent aux personnes un sentiment de contrôle et réduisent le sentiment d'impuissance et les affects dysphoriques qui surviennent en raison de l'agressivité et de la rage déplacées.*<sup>24</sup>(Lingiardi, 2017)

---

<sup>23</sup>The following are some ways in which addiction-prone individuals experience their emotional lives:

-Feelings of boredom and depression and of unworthiness alternating with demandingness.

-Intense feelings of rage or anger can fester or erupt. Such feelings may be associated with agitation or a sense of falling apart. Individuals dependent on opiates, for example, say that the drugs act to calm or contain their feelings or to make them feel normal.

-Chronic use causes physical addiction and the need not to be deprived of the substance. Patients report feeling awful without their substance of choice; they may feel panic if they cannot obtain the substance.

-As physical dependence develops, many of the feelings relieved by drugs are made more intense and intolerable when the drugs are abruptly withdrawn.

<sup>24</sup>But internal prohibitions against expression of aggression lead to its displacement to addictive behaviors, which provide the persons with a sense of control and reduce the sense of helplessness and the dysphoric affects that arise because of the displaced aggression and rage.

L'aspect addictif est placé par les auteurs en troisième partie permettant ainsi de prendre connaissance des deux Axes P et M pour mieux saisir cette dernière.

## **Conclusion**

Le PDM-2 vient mettre en exergue les différentes attaches de l'addiction chez les sujets borderlines, et nous laisser saisir la description des mises en tensions des unes sur les autres à la manière de plaques tectoniques qui va venir agir sur le relief de la personnalité.

Ce manuel ne vient pas complètement révolutionner nos repères, il vient plutôt nous faire passer de la 2D à la 3D et cette nouvelle perception nous ouvre de nouveaux reliefs ouvrant sur des axes de recherche, qui nous semble extrêmement stimulant pour nous, cliniciens mais surtout en premier lieu pour les patients et leurs entourages.

Plus encore, il propose une démarche diagnostic structurée, permettant d'allier la richesse de la singularité et le besoin de reproductibilité à travers une grande variété de pratiques et d'institutions.

---

## Bibliographie :

- Acier D. (2016). *Les Addictions*, 2nd ed. Louvain La Neuve : Deboecksupérieur .
- Acier D.(2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé Mentale. *Santé mentale au Québec*, vol. 32, n° 2, 59-82.
- ARS Bretagne (2014). Bien s’orienter dans la filière de soins en addictologie. Conférence de territoire n°7, Récupéré le 01/12/2021 du site [https://www.ahbretagne.com/wp-content/uploads/2019/06/filireaddictologie-v\\_def.pdf](https://www.ahbretagne.com/wp-content/uploads/2019/06/filireaddictologie-v_def.pdf)
- Battjes, R. (1999, may). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of a Meeting on Treatment Readiness (National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health). *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 55(5), 643–657 (1999), p 644-657. CCC 0021-9762/99/050643-15 (USA)
- Bernard Granger B, (janvier 2012), *Les borderlines*. Paris : Odile Jacob.
- Bergeret, J. (2011). *Les états limite en 2010. Soigner quoi ?*. *Revue française de psychanalyse*, 75, 367-374. <https://doi.org/10.3917/rfp.752.0367>
- Blaszczynski A et al. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 97(5):487-99
- Bouvet, C. (2010). Présentation de la Social cognition and object relation scale (SCORS – Échelles de cognition sociale et de relation d'objet) pour coter les récits TAT. Intérêts, limites et illustrations pour la clinique et la recherche empirique. *Bulletin de psychologie*, 508, 263- 277. <https://doi.org/10.3917/bupsy.508.0263>
- Bouvet C. (2010, octobre-décembre ) Le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) améliore-t-il le Diagnostical and Statistical Manual IV-R (DSM-IV-R) pour la classification des pathologies des adultes ? L'exemple des troubles psychotiques et des personnalités schizoïdes et paranoïdes. *Evolution psychiatrique* ; 75 (4) Récupéré du site de la revue : [doi:10.1016/j.evopsy.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2010.09.001)
- Brusset, B. (2019). Chapitre 5. Névroses et états limites. Dans : Catherine Chabert éd., *Les névroses* (pp. 279-355). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2019.01.0279>
- Canguilhem G, (2015). *Le Normal et le Pathologique*, Paris, 12e édition, Presses Universitaires de France, Quadrige .
- Charrier P. et Hirschelmann-Ambrosi A. (2008). *Les états limites*, Armand Colin, Barcelone.
- Coudurier, J. (2005). À propos du dsm. *Essaim*, no<(sup>15), 21-33. <https://doi.org/10.3917/ess.015.0021>
- Crawford, V., Crome, I., Clancy, C., (2003). Co-existing problems of mental health and substance Misuse (Dual diagnosis) : A litterature review, *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 10, 5, S1-S74.

Crocq M.-A. (17 juin 2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition, Issy-les-moulineaux, Elsevier Masson.

Debray Q. (2011). *les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutiques*, 6ème édition. ed.Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Dervaux A. (2014, mai-juin) États limites et addictions, Borderline personality disorders and substance use disorders comorbidity. *La Lettre du Psychiatre* , Vol. X N°3. Récupéré le 12/12/21 du site : <https://www.cairn.info>.

Didier, O. & Terradas, M. (2021). La notion de l'enfant borderline-en-devenir à la lumière des recherches contemporaines. *La psychiatrie de l'enfant*, 64, 3-36. Récupéré du site de la revue : <https://doi.org/10.3917/psyse.642.0003>

Drake Robert E. (2005, october ) Introduction to the Special Section, Special Section on Relapse Prevention. *Psychiatric services*, Vol. 56 N°10. Récupéré le 01/12/2021 du site de psychiatrie online : <http://ps.psychiatryonline.org>.

Faure. Mapi b. ( 2018, 30 mars) , diagnostic : sens et sensibilité, le PDM-2, présentée au colloque : le manuel de diagnostic psychodynamique (PDM-2) , les 23 et 24 mars 2018, la conférence a eu lieu respectivement à Rome et à Milan.Récupéré le 26/11/2022 sur le site du site de l'institut Alfred Adler Colloque : le manuel de diagnostic psychodynamique (PDM-2) - Institut Alfred Adler de Paris ([institut-alfred-adler-paris.fr](http://institut-alfred-adler-paris.fr))

Kernberg O. (2004). *Borderline conditions and pathological narcissism*, Oxford, First Rowman & Littlefield Edition.

Lafont E. (2019, novembre). Les pathologies duelles, ICR Santé et addiction Groupe de travail n°6 Communication présentée à la Journée régionale du 8 novembre 2019 de l'ARS PACA 8 novembre 2019. Récupéré en octobre 2021 Publications : <https://lesagoras.paca.ars.sante.fr/images/medias/data/24-GROUPE-PATH-DUELLES--5de6278291092.pdf>.

Mapi b. Faure M.B (2018, mars), « Diagnostic: sens et sensibilité, le PDM-2 ». Colloque : le manuel de diagnostic psychodynamique (PDM-2), Institut Alfred Adler de Paris ([institut-alfred-adler-paris.fr](http://institut-alfred-adler-paris.fr)). Récupéré en janvier 2022, Publications : <https://institut-alfred-adler-paris.fr>.

Lapeyre-Mestre M. (2016, octobre). Addictions et comorbidités psychiatrie. Communication présentée au 4ème congrès de recherche en Psychiatrie 4ÈME CONGRÈS DE RECHERCHE EN PSYCHIATRIE d'afpremed le 12 octobre 2016, Albie. Récupéré en octobre 2021, Publications : <https://www.afpremed.org/downloads/addictionsetcomorbiditespsychiatriqueslapeyre.pdf>.

Lasch C. (2018), *La culture du narcissisme*, Barcelone: Champs essais, Flammarion.

Lebrun, J. (2012). Lacan et les états-limites. *Connexions*, 97, 77-92.

<https://doi.org/10.3917/cnx.097.0077>

Lepage-Voyer, C. et Al. (2018). Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire. *Revue de psychoéducation*, 47(2), 265–288. Récupéré du site de la revue : <https://doi.org/10.7202/1054061ar>

Lingiardi V. ( 14 juillet 2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Second Edition: (PDM-2), New York :The Guilford Press.

Van Rillaer J. (2019, mars). Qu'est-ce que la psychologie « scientifique » ?. Texte remanié d'une conférence donnée le 23 mars 2019, Belgique. Récupéré en octobre 2021, Publications :<https://files.scepticisme-scientifique.com/>

Véran O. (2021, mars). Addictions et troubles psychiatriques, communication présenté à la Journée nationale de la Fédération Addiction et la Fédération française d'addictologie (FFA), Cette journée devait avoir lieu au Ministère des Solidarités et de la Santé. Cependant, compte tenu de la situation sanitaire, l'événement aura eu lieu en visio-conférence le mardi 16 mars 2021. Récupéré en octobre 2021, Publications : <https://www.gip-raspeg.fr/media-files/783/psychiatrie-et-addictologie.pdf>.

Ravit M. (2002), *Entre sujet et objet : l'objet d'addiction, un opérateur "psychique" paradoxal* (Thèse de doctorat). Université Lyon 2. Récupéré du site d'archive des thèses : <https://www.theses.fr>.

Smaniotto B. ( 2008, 14 novembre) *Contribution aux recherches sur l'alcoolodépendance Etude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne* (Thèse de doctorat). Université de Nancy. Récupéré du site d'archive des thèses : <https://www.theses.fr>.

Stern Barry L. (2018) An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology *Psychiatr Clin North Am*, 41 595–611 Récupéré du site de la revue : <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.007>

Shelder J., (2010, septembre) Personality Disorders in DSM-5, *Am J Psychiatry*, 167:9, Publications : [ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org).

Struzik M. (2017). Comorbidity of substance use and mental disorders. *Psychiatria Danubina*, Vol. 29, Suppl. 3, pp 623-628. (HR)

Sztulman, H. (2010). Personnalités limites addictives: Une relecture plurielle. *Pensée plurielle*, 23, 37-51. <https://doi.org/10.3917/pp.023.0037>.

Trull Timothy J. (2018, septembre) Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*, vol. 5 N°15. Récupéré le 12/12/21 du site : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. doi: 10.1186/s40479-018-0093/-9