

États limites et personnalité borderline

La pathologie borderline est de mieux en mieux connue mais le cadre diagnostique reste très hétérogène. Le point sur la clinique, la psychopathologie et les traitements.

DESCRIPTION CLINIQUE

Le tableau symptomatique présenté par les patients « limites » est marqué par l'extrême polymorphisme des manifestations. Aucun de ces éléments ne s'avère pathognomonique. Leur co-occurrence, la fluctuation et la diversité des symptômes observés chez un même patient, leur labilité contribuent à un diagnostic de présomption. (...)

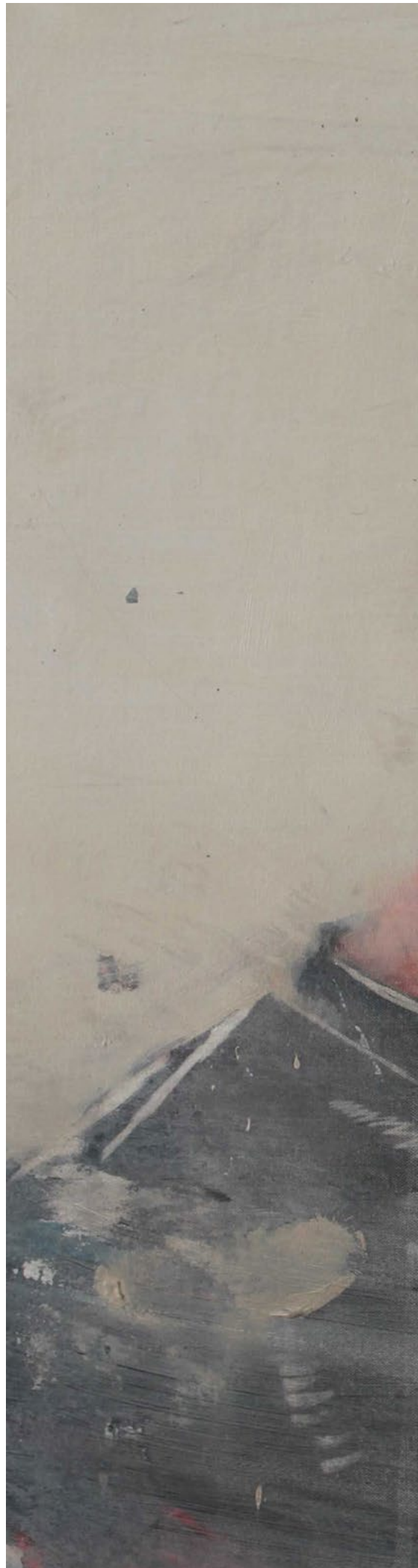
(...) La personnalité borderline est définie dans le DSM-IV et le DSM-5 comme « *un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers* » (1) (voir encadré Critères de la personnalité borderline dans le DSM-5, p. 27). L'ensemble des critères recouvre

les quatre principaux domaines d'expression de ce trouble de la personnalité.

- **Les perturbations des affects** retrouvées chez ces patients s'expriment parfois sous forme de manifestations de rage intenses et inappropriées, de difficultés à contrôler leur colère. Ces mouvements s'inscrivent dans le contexte d'un sentiment de mise à distance, de négligence ou de menace d'abandon de la part des personnes proches. Ces accès de colère, suivis de honte et de culpabilité, contribuent à l'impression entretenue par l'individu « d'être mauvais ». Ces épisodes ont souvent pour arrière-plan une instabilité affective liée à une réactivité marquée de l'humeur (épisodes dysphoriques, irritabilité ou anxiété) dont les oscillations sont souvent déclenchées par des modifications minimales de l'environnement et témoignent de l'extrême sensibilité de ces individus aux facteurs de stress interpersonnels. Les sentiments de vide, de vacuité fréquemment exprimés conduisent ces sujets à une recherche permanente d'occupations. Les patients évoquent une incapacité à éprouver toutes choses « comme les autres » ou du moins en empathie avec autrui et un sentiment d'agir de façon mécanique, sans être authentiquement concernés. Ce sentiment de vide, d'ennui et de lassitude reste privé de toute signification apparente.

Julien Daniel GUELFI*,
Lionel CAILHOL**,
Marion ROBIN***,
Claire LAMAS***

Psychiatres, * Professeur émérite à Paris Descartes,
** Institut Universitaire de Santé mentale, Montréal,
Québec, *** Institut mutualiste Montsouris, Paris.







© Lou Ros.

L'artiste du mois : Lou Ros

Lou Ros a commencé à peindre jeune, dans la rue, par amusement et curiosité, avec des amis. Mais rapidement ce passe-temps de graffeur lui donne envie d'autre chose. Sans formation ni projet précis, il se lance dans la réalisation de toiles grand format, apprenant sur le tas, et utilisant toutes sortes de matériaux : acrylique principalement, huile, pastel sec, aérographe, spray, fusain... en les mélangeant souvent. Son travail est marqué par une quête de vérité dans la peinture, l'artiste préférant « *le trait vivant et vibrant au beau trait net et droit* ». À la base de ses compositions, on trouve la plupart du temps des photos glanées ici ou là : les siennes, celles de proches, des images de films, des montages récupérés sur les réseaux sociaux, qu'il s'approprie, explore et transforme.

Le corps et les visages sont parmi ces sujets de prédilection. Ainsi la série de portraits qui illustre ce numéro montre des personnages comme pris sur le vif, dans des « poses » figées par le temps mais très vivantes. Leurs visages ou leurs corps, souvent découpés, morcelés, apparaissent au travers de couches superposées de matière, comme pour mieux atteindre et dévoiler l'individu. On perçoit dans leur regard une complicité, des clins d'œil adressés au spectateur. Témoin de son temps, Lou Ros représente le monde comme il le perçoit, et les questionnements affleurent. Ses couleurs lumineuses, les éclats de lumière, les surimpressions font une peinture sensible et poétique, puissante et chaleureuse.

• **En savoir plus :** www.louros.fr

Voir des toiles : Galerie Guido Romero, Paris 4e, <https://galerieguidoromero pierini.com>

- **Les perturbations cognitives** regroupent deux types de manifestations. L'instabilité marquée et persistante de l'image de soi (perturbation de l'identité) se manifeste au travers de revirements brutaux des systèmes de valeur, des objectifs et de la perception de soi. Des symptômes dissociatifs et une idéation persécutoire transitoire peuvent survenir dans les périodes de stress intenses, mais sont en général rapidement résolutifs.

- **Les perturbations des relations interpersonnelles**, souvent majeures, constituent le troisième volet de ce tableau clinique. Le mode de relation instable conduit à des relations chaotiques, sujettes à des revirements brutaux où la dévalorisation de l'autre, à la mesure de l'idéalisation antérieure, vient prévenir les craintes, réelles ou imaginaires, d'abandon. Cette menace d'abandon, écho à l'intolérance à la solitude de ces patients, conduit ceux-ci à des efforts éfrénés pour éviter toute séparation, pouvant aller jusqu'à des passages à l'acte autoagressifs.

- **L'impulsivité**, plus ou moins marquée, se manifeste dans différents domaines : consommations de toxiques, épisodes boulimiques, conduites sexuelles à risque, dépenses excessives, conduite automobile dangereuse. La fréquence et la répétition des passages à l'acte suicidaire, des automutilations s'inscrivent dans un agir relationnel et paraissent coupées de toute signification. L'angoisse constitue une manifestation centrale du trouble, constante, d'intensité variable. Elle est fluctuante, allant de la « *crise aiguë d'angoisse* » avec son cortège de manifestations somatiques à un sentiment de malaise existentiel diffus, faisant écran dans le champ relationnel entre le patient et son entourage. Elle est « *crainte de la perte du sens de la vie, de sa cohérence interne* » selon la formule de Widlöcher (2), angoisse de l'abandon, d'une perte de l'appui de l'entourage, écho à sa dépendance à l'environnement. (...)

PSYCHOPATHOLOGIE ET ÉTIOPATHOGÉNIE

- **Perspectives psychanalytiques**
Dans une perspective psychanalytique, le noyau central de la pathologie limite est situé autour de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet, à l'origine d'une constante « *dépressive* » selon Bergelet (3). Une définition classique de l'état

limite associe des modes de fonctionnement névrotiques et psychotiques, variables en proportion selon les sujets. L'état limite correspond à cette juxtaposition, sans s'y réduire, puisque son organisation psychopathologique intègre en même temps des mécanismes de défense que sont, notamment, le clivage et l'identification projective. L'association entre la projection et le clivage produit une coexistence exclusive et sans compromis entre, d'une part, des mouvements hyperadaptatifs à la réalité externe et, d'autre part, des éléments hyperprojectifs la déformant nettement. Le conflit est externalisé, la réalité externe et ses objets d'étagage y sont surinvestis, marquant une forte dépendance à l'environnement, à l'origine d'une lutte contre les fantasmes destructeurs qui lui sont associés. La réalité interne est défaillante et l'absence de fantasmatisation en est le témoin. L'association entre la représentation et l'affect fait défaut.

Les tests projectifs (*Thematic Apperception Test* [TAT] et Rorschach) révèlent, en plus des éléments précédents, une représentation de soi marquée par une précarité des enveloppes, témoignant d'une différenciation partielle entre dedans et dehors. Les relations d'objet sont caractérisées par une difficulté d'accès à l'ambivalence, et l'objet est, tour à tour, idéalisé ou dévalorisé.

Bond a décrit, grâce au questionnaire des styles de défense, que des patients borderline adultes utilisaient plus le clivage et l'*acting*, et moins la suppression et la sublimation que les témoins (4). Skodol a proposé l'idée que la capacité à régresser (aptitude du patient à adopter des conduites et attentes infantiles dans des situations de désorganisation), décrite par les premiers auteurs, pourrait représenter une perspective dimensionnelle pertinente (5). De plus, une approche centrée sur les conflits, telle que l'ont réalisée Perry et Cooper (6) a mis en évidence la « *valeur discriminante de l'existence d'un conflit séparation-abandon* » dans la personnalité borderline, notamment avec les catégories « *bipolaire de type II* » et « *personnalité antisociale* ».

- **Théorie de l'attachement, expériences traumatiques de l'enfance**
La réflexion autour de la place des expériences traumatiques dans la constitution de la personnalité borderline a inspiré notamment les travaux des théoriciens de l'attachement. De fait, l'existence

d'un lien spécifique entre un vécu de maltraitance infantile (et particulièrement celui de l'abus sexuel) et le développement d'une personnalité borderline selon Paris en 1993 (7) fait l'objet d'un relatif consensus. Plus précisément, pour Zanarini et al. (8), 92 % des sujets borderline rapportent des antécédents de négligences, 25 % à 73 % rapportent un abus physique, et 40 % à 76 % un ou des abus sexuels. Pour Fonagy (9, 10), le développement d'une personnalité borderline résulterait de la conjonction d'un bas niveau de capacité réflexive et d'expériences traumatiques.

Le sujet borderline, qui ne parvient pas à vivre une expérience traumatique de l'intérieur autrement que par le chaos, cherche à internaliser un objet externe, mais ne peut l'envisager dans un second temps que comme quelque chose de menaçant qu'il faut expulser. On retrouve fréquemment chez les figures d'attachement de ces enfants des comportements contradictoires, menaçants ou hostiles, ou encore exprimant l'impuissance, en réponse aux sollicitations de l'enfant en situation de détresse (11, 12, 13). Ces comportements désorganisés ne permettent pas la constitution d'une représentation cohérente de soi et des autres et entretiennent la mise en place de comportements de contrôle aggravant en retour le sentiment d'impuissance de la figure d'attachement.

En outre, certains travaux revus par Agrawal en 2004 (14) ont également établi l'analogie entre les caractéristiques comportementales de ces patients (vérifier la proximité, envoyer les signaux de recherche de contact et d'attention, rechercher l'aide pour ne pas s'en servir, s'accrocher à l'autre) et certains patterns d'attachement (ambivalent/préoccupé). Les études portant sur l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement et utilisant l'*adult attachment interview* (entretien structuré centré sur la narration du vécu des événements et relations de l'enfance) ont montré que le style d'attachement préoccupé était prépondérant, alors qu'un état d'esprit non résolu vis-à-vis du traumatisme était surreprésenté par rapport à une population non clinique (15).

• Perspective cognitive

Dans une perspective cognitive, la personnalité borderline est essentiellement envisagée autour du modèle biosocial de Linehan. Celui-ci postule, selon un

Critères de la personnalité borderline selon le DSM-5

301.83 (F60.3)- Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

point de vue neurodéveloppemental, que la personnalité borderline est due à une dysrégulation émotionnelle et émerge dans l'interaction entre une vulnérabilité biologique (facteur de risque d'impulsivité ou de sensibilité émotionnelle notamment), et des facteurs environnementaux. La dysrégulation émotionnelle correspond à une sensibilité émotionnelle accrue, une incapacité à réguler les réponses émotionnelles intenses, ainsi qu'une lenteur relative du retour à un état émotionnel basal. Cette dysrégulation conduit à des schémas cognitifs et comportementaux dysfonctionnels lors d'événements émotionnellement significatifs. De plus, le développement de la personnalité borderline, selon ce modèle, suppose l'existence d'un contexte développemental invalidant, dans lequel l'expression du vécu émotionnel de l'enfant n'est pas tolérée, et dans lequel il ne lui est donc pas appris comment comprendre, nommer, réguler, et tolérer ses états internes. Des dimensions cognitives sont actuellement étudiées, en référence aux schémas cognitifs décrits par Beck et Freeman. Ainsi sont élaborés la pensée « dichotomique » issue du clivage, et les schémas de cognitions dysfonctionnelles, dans lesquelles le sujet borderline se perçoit lui-même comme impuissant et vulnérable, et envisage le monde autour de lui comme dangereux et malveillant selon Beck et Freeman en 1990 (16) et Zanarini et al. en 1998 (17). (...)

TRAITEMENT

Deux recommandations professionnelles internationales portent sur les patients borderline : celle de l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2001 (18) et du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en 2009 (19). Elles désignent les psychothérapies de long cours comme traitement de choix du trouble, alors qu'elles assignent aux psychotropes l'objectif de réduire certains symptômes cibles.

• Objectifs thérapeutiques

Hiérarchiser les objectifs thérapeutiques (trouble clinique, personnalité, fonctionnement, *insight*) représente le premier enjeu. L'instabilité du patient majore la complexité de cette étape. En pratique, ce choix suivra l'évolution du patient, passant de façon caricaturale d'une gestion par crise à une gestion des comportements dommageables, pour évoluer vers un travail au long cours sur la personnalité. À chaque étape, la création d'une alliance thérapeutique, ainsi que la détermination des besoins et des motivations au changement devraient précéder les contrats de soin.

• Cadre de soin

Le traitement des patients borderline s'envisage préférentiellement en ambulatoire. Une approche séquentielle et éclectique offre une solution pragmatique à la diversité clinique et à l'évolution naturelle du trouble (12). La détermination du

cadre de soins repose ainsi sur différents aspects : évaluation du risque, état mental, niveau de fonctionnement psychosocial, objectifs et motivations du patient, environnement social, co-occurrences et dimension prédominante.

En pratique, le traitement hospitalier devrait être proposé pour les cas à fortes co-occurrences (ex. : addictions, dépressions sévères), lorsque les dispositifs de crise ou d'hospitalisation de jour ne permettent pas de contenir les passages à l'acte. La gestion à court terme du risque suicidaire par l'hospitalisation se pondère par l'absence de données d'efficacité de celles-ci sur ces comportements et le risque de régression. En ambulatoire, le traitement psychothérapeutique peut s'effectuer en suivi individuel, en duo (psychiatre traitant et psychothérapeute) ou en hôpital de jour. Il ne paraît pas souhaitable – en règle générale – que la prise en charge psychothérapeutique et les prescriptions médicamenteuses éventuelles soient assurées par une seule et même personne.

Enfin, certaines équipes ont adapté leurs prises en charge en fonction de situations particulières telles que le milieu carcéral, ou de populations spécifiques, telles que les adolescents ou les toxicomanes.

• Traitements biologiques

La prescription de psychotropes concerne des symptômes cibles (automutilations, instabilité affective, impulsivité, problèmes interpersonnels, colères, symptômes psychotiques ou dissociatifs, anxiété). En outre, les fréquentes co-occurrences peuvent nécessiter elles aussi des traitements médicamenteux. Enfin, les profils d'effets indésirables, la compliance et les risques de détournement d'usage de produits limitent l'utilisation des médicaments.

Outre les recommandations d'experts, nous disposons de cinq méta-analyses publiées permettant de préciser les critères de choix : Mercer, Douglass et Links en 2009 (20), Nosé et al. en 2006 (21), Ingenhoven et al. en 2009 (22), Binks et al. en 2006 (23), Lieb et al. enfin en 2010 (24). Quatre classes de médicaments ont été étudiées sur les symptômes spécifiques dans des études randomisées contrôlées : neuroleptiques, antidépresseurs, acides-gras et anti-convulsants. Les benzodiazépines quant à elles peuvent rendre des services ponctuels, mais elles possèdent des risques addictifs ou désinhibiteurs dans cette population

(18). De façon générale, les traitements sédatifs ne devraient pas dépasser une prescription d'une semaine pour gérer une crise (19). L'absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication en France, pour l'ensemble des produits présentés, doit faire donner une information claire au patient, éventuellement écrite (19), portant sur les bénéfices attendus et les risques encourus. La révision régulière du traitement doit permettre de supprimer avec prudence (suivi intensif et diminution progressive) ceux qui n'ont pas ou plus d'utilité.

Les neuroleptiques et notamment les antipsychotiques de seconde génération représentent une des classes médicamenteuses les plus prometteuses en termes d'efficacité thérapeutique avec un apaisement relatif des problèmes interpersonnels (aripiprazole), de l'impulsivité (aripiprazole), de la dépression (aripiprazole) et, dans une moindre mesure, des automutilations (flupentixol, olanzapine), de l'anxiété (aripiprazole, olanzapine) et de la psychopathologie générale (aripiprazole). Les antiépileptiques constituent l'autre classe médicamenteuse dont les effets sont le mieux documentés avec une efficacité sur l'apaisement des problèmes interpersonnels (divalproate, topiramate), de l'impulsivité (topiramate, lamotrigine), de la colère (topiramate, divalproate et lamotrigine), sur l'anxiété et le niveau général de psychopathologie (topiramate) et, dans une moindre mesure, sur l'instabilité affective (lamotrigine) et la dépression (divalproate).

Les oméga 3 seraient d'une certaine utilité dans la prise en charge de la dépression et des automutilations. Aucune pharmacopée n'a prouvé son efficacité sur le trouble identitaire, le sentiment de vide et la peur d'être abandonné. Toutefois, ces résultats sont à nuancer car les faibles durées des études, le faible nombre d'études par molécule, l'importance du nombre de perdus de vue, l'absence d'études comparatives et les critères restrictifs des inclusions dans l'ensemble des essais contrôlés en limitent la portée.

• Psychothérapies

Les traitements psychothérapeutiques se distinguent communément selon leurs références théoriques, leurs objectifs, leurs techniques, voire leur philosophie. Outre les facteurs non spécifiques, de nombreuses stratégies sont communes

aux psychothérapies adaptées au trouble de la personnalité borderline (25). Ainsi, les auteurs mettent en avant l'importance de définir un contrat de soin au début de la psychothérapie, incluant une discussion à propos des situations à risque, en particulier les crises suicidaires. La posture relationnelle repose le plus souvent sur une attitude de validation des ressentis du patient, en face-à-face. Les modalités possibles des contacts (par exemple : téléphone) entre les séances doivent aussi être définies précocement dans la prise en charge.

Les études à notre disposition portent sur des dispositifs psychothérapeutiques à une ou plusieurs modalités (par exemple : consultations individuelles, groupes, dispositif de crise) et de nombreuses techniques d'entretien. Trois travaux concluent de façon concordante à leur efficacité : ceux de Binks et al. en 2006 (26), Leichsenring et Leibing en 2003 (27) et l'Inserm en 2004 (28).

– La thérapie développée par Linehan à partir de 1991 (29) et largement validée par cinq études randomisées, est la *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) ou thérapie comportementale et dialectique (TCD). Elle repose sur une approche intégrative (comportementale, cognitive, et d'inspiration zen) fondée sur un modèle de compréhension bio-psycho-sociale du trouble, où la régulation émotionnelle est considérée comme le problème principal. Seule la première partie du protocole, portant sur la gestion des comportements autodommageables, et qui comporte quatre étapes, a été validée.

– La *Schema Focused Therapy* (SFT) ou thérapie orientée sur les schémas (TOS) de Young, a fait l'objet d'une étude contrôlée publiée par Giesen-Bloo en 2006 (30) : elle postule que le sujet traite l'information de son environnement à travers des schémas cognitifs appris et inscrits dans la mémoire à long terme, dont l'activation inadaptée est source de souffrance émotionnelle.

Ce principe des schémas cognitifs est retrouvé dans les deux autres études portant sur la *Cognitive and Behavioral Therapy* (CBT) ou thérapie cognitive et comportementale (TCC) par Davidson en 2006 (31) et Cottraux en 2009 (32) et le *Manual assisted Cognitive Treatment* (MACT) ou traitement cognitif manualisé (TCM) de Weinberg en 2006 (33).

– Enfin, il existe une forme de traitement bref et en groupe, fondée sur la gestion



© Loui Ros

émotionnelle, cognitive et la résolution de problème, impliquant le système de soins et les proches. Il s'agit de la *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS) par Blum et al. (34) ou, en français, SERP (formation d'inspiration systémique à la prédiction émotionnelle et à la résolution de problème).

Le premier modèle psychodynamique étudié est le *Mentalization-based Treatment* (MBT) par Bateman (35) en 1999 ou traitement fondé sur la mentalisation (TBM), postulant le défaut des patients à mentaliser leur état psychique ou celui des autres, probablement par la difficulté à se construire une théorie de l'esprit lorsque les attachements aux figures maternantes ne sont pas sécurisés. Le second concerne la *Transference-focused Psychotherapy* (TFP) de Clarkin en 2007 ou thérapie centrée sur le transfert (TCT) qui, postulant le clivage des relations d'objet, oriente la psychothérapie sur le travail transférentiel (36).

Une autre façon de distinguer les traitements consiste à envisager leur complexité de mise en œuvre. Pour les uns, ils comportent un cadre de thérapie en face-à-face et en individuel (TOS, TCC, TCM et TCT) et pour les autres un cadre nécessitant une équipe pour associer, à une fréquence hebdomadaire, des séances de groupe, à des séances individuelles, dans un environnement très soutenant (TCD et TBM).

À lire. Manuel de psychiatrie

Cette 3^e édition du Manuel de psychiatrie, véritable ouvrage de référence, a vu son volume augmenter avec de nombreuses mises à jour concernant des aspects de la psychiatrie qui ont fait l'objet d'avancées récentes, notamment :

- l'épidémiologie des troubles mentaux ;
- l'imagerie, la génétique et la neurobiologie ;
- plusieurs nouveaux aspects cliniques de la pathologie, dont les addictions aux drogues et les addictions comportementales (jeu pathologique et cyberdépendance) ;
- les répercussions du changement de perspective entre la psychiatrie clinique traditionnelle et le concept de santé mentale ;
- les nouvelles variétés de psychothérapies comme la *mindfulness* dans les troubles de l'humeur, la remédiation cognitive dans la schizophrénie ou de nouvelles approches cognitivo-comportementales aux indications diversifiées ;
- les recommandations internationales consacrées à des algorithmes de décisions thérapeutiques ;
- les descriptions cliniques figurant dans le DSM-5® pour la plupart des catégories diagnostiques.

Par ailleurs, la dernière partie est entièrement consacrée à 42 Conduites à tenir rédigées de façon très pratique sous la forme de fiches brèves. Ainsi, près de 170 auteurs psychiatres, pédopsychiatres, psychologues cliniciens, psychanalystes, mais aussi généticiens, biologistes ou pharmaciens ont contribué à ce Manuel de psychiatrie intégrant les modèles théoriques et les meilleurs outils à utiliser dans les différents champs d'application de la psychiatrie.

• J. D. Guelfi, F. Rouillon (dir.), Elsevier Masson, 3^e éd., 2017, 976 pages.

Dans ces études, les psychothérapies apparaissent efficaces dans la prise en charge de plusieurs aspects concernant la personnalité borderline. La thérapie comportementale et dialectique possède le plus haut niveau de preuve d'efficacité, notamment concernant son action sur les comportements autoagressifs. La thérapie fondée sur la mentalisation possède le plus large spectre d'action. La thérapie cognitive manualisée et la formation d'inspiration systémique à la prédiction émotionnelle et à la résolution de problème offrent la faisabilité la plus importante. Sans doute existe-t-il des différences d'indication probables en fonction des symptômes cibles et des ressources sanitaires disponibles. Néanmoins, nous ne disposons quasiment pas d'étude comparant les différentes modalités thérapeutiques entre elles qui pourraient permettre de préciser leurs indications préférentielles respectives au sein même de la pathologie borderline. De plus, un nombre insuffisant de thérapeutes formés aux applications de ces techniques en limite encore la portée.

CONCLUSION

La pathologie borderline est aujourd'hui de mieux en mieux connue. L'utilisation de critères diagnostiques suffisamment précis et les travaux réalisés depuis une trentaine d'années ont permis de diminuer le nombre des incertitudes nosographiques liées à la diversité des origines mêmes

du concept. Ce cadre diagnostique est hétérogène, certes, mais il mérite bien son individualité, avec des caractéristiques cliniques propres.

Nous pensons qu'il est préférable de conserver l'emploi de deux termes distincts : borderline et états-limites. Le premier permet de désigner un trouble de l'identité avec instabilité fondamentale de la vie émotionnelle affective, impulsivité, dysrégulation comportementale et perturbations cognitives. L'autre terme met l'accent sur la diversité des tableaux cliniques réalisés selon la prédominance de telle ou telle manifestation clinique. C'est, selon les cas, soit l'instabilité affective avec hyperréactivité émotionnelle (type « affectif »), soit l'impulsivité (type « impulsif »), soit les colères (type « agressif »), soit les angoisses d'abandon et l'intolérance à la solitude (type « dépendant »), soit encore le type « vide ». Plus rarement, ce sont, à certains moments, une idéation persécutoire ou des manifestations dissociatives (au sens de la classification américaine) qui sont au premier plan du tableau clinique.

La thérapeutique des états-limites est toujours longue et difficile. L'instabilité et l'impulsivité expliquent les difficultés d'une prise en charge globale, prolongée et cohérente. Le développement d'une alliance thérapeutique suffisante améliore l'observance des traitements proposés, médicamenteux et psychothérapeutiques.

L'amélioration de la prise en charge de ces patients nécessite impérativement une augmentation du nombre des centres spécialisés ainsi qu'une diversification de la nature des activités de ces centres : centres de crise, accueils à temps partiel, hospitalisations complètes, brèves à chaque fois que cela paraît possible, psychothérapies individuelles et de groupe d'orientations théoriques différentes. Cela implique aussi une augmentation du nombre des psychothérapeutes spécifiquement formés aux techniques qui ont fait la preuve de leur efficacité, quelle que soit leur inspiration : psychodynamique, cognitivo-comportementale ou mixte, intégrative.

Ce texte est extrait de *États limites et personnalité borderline*, J.-D. Guelfi, L. Cailhol, M. Robin, C. Lamas, EMC, Elsevier-Masson, Psychiatrie, 37-395-A-10, 2011. La rédaction remercie les auteurs et l'éditeur pour leur aimable autorisation de reproduction.

- 1– American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text revised, (DSM-IV-TR)* Washington : APA ; 2000. Paris : Elsevier-Masson ; 2004.
- 2– Widlöcher D. *Les états limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. Perspectives Psychiatriques* 1979 ; 70 : 7–11.
- 3– Bergeret J. *Abrégé de psychologie pathologique. Théorie et clinique.* Paris : Masson ; 1979.
- 4– Bond M., Paris J. *Defense styles and borderline personality disorder.* *J Pers Disord* 1994 ; 8 : 28–31.
- 5– Skodol A.E., Gunderson J.G., Pföhl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. *The borderline diagnosis I : psychopathology, comorbidity, and personality structure.* *Biol. Psychiatry* 2002 ; 51 : 936–950.
- 6– Perry J.C., Cooper S.H. *A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder.* *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1986 ; 34 : 863–893.
- 7– Paris J., Zweig-Franck H., Guzder H. *The role of psychosocial risk factors in recovery from borderline personality disorder.* *Compr. Psychiatry* 1993 ; 34 : 410–413.
- 8– Zanarini M.C., Yong L., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., Marino M.F. et al. *Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002 ; 190 : 381–387.
- 9– Fonagy P. *Playing with reality : the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities.* *Int. J. Psychoanal.* 1995 ; 76 : Pt1 : 39–44.
- 10– Fonagy P., Target M., Gergely G. *Attachment and borderline personality disorder : a theory and some evidence.* *Psychiatr. Clin. North Am.* 2000 ; 23 : 103–122.
- 11– Yen S., Shea M.T., Battle C.L., Johnson D.M., Zlotnick C. *Traumatic exposure and post-traumatic stress disorder in schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders : findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study.* *J Nerv Ment Dis* 2002 ; 190 : 510–518.
- 12– Gunderson J.G., Links P.S. *Borderline personality disorder. a clinical guide.* Washington : American Psychiatric Publishing Inc ; 2008 ;
- 13– Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M.J., Van Ijzendoorn M.H. *Frightening maternal behaviors linking unresolved loss and disorganized infant attachment.* *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999 ; 67 : 54–63.
- 14– Agrawal H., Gunderson J., Holmes B., Lyons-Ruth K. *Attachment studies with borderline patients : a review.* *Harv. Rev. Psychiatry* 2004 ; 12 : 94–104.
- 15– Patrick M., Hobson R.P., Castle D. *Personality disorder and the mental representation of early social experience.* *Dev. Psychopathol.* 1994 ; 6 : 375–388.
- 16– Beck A.T., Freeman A.M. *Cognitive therapy of personality disorders.* New York : Guilford Press ; 1990 ;
- 17– Zanarini M.C., Frankenburg F.R., DeLuca C.J., Hennen J., Khera G.S., Gunderson J.G. *The pain of being borderline : dysphoric states specific to borderline personality disorder.* *Harv. Rev. Psychiatry* 1998 ; 6 : 201–207.
- 18– American Psychiatric Association *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* *Am. J. Psychiatry* 2001 ; 158 : suppl10 : 1–52.
- 19– National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009 : <http://guidance.nice.org.uk/CG78>.
- 20– Mercer D., Douglass A.B., Links P.S. *Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder : effectiveness for depression and anger symptoms.* *J. Pers. Disord.* 2009 ; 23 : 156–174.
- 21– Nosé M., Cipriani A., Biancosino B., Grassi L., Barbui C. *Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder : meta-analysis of randomized controlled trials.* *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2006 ; 21 : 345–353.
- 22– Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T., Passchier J., Duivenvoorden H. *Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders : meta-analyses of randomized controlled trials.* *J. Clin. Psychiatry* 2010 ; 71 : 14–25.
- 23– Binks C.A., Fenton M., McCarthy L., Lee T., Adams C.E., Duggan C. *Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder.* *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006 ; 1 : CD005653.
- 24– Lieb K., Völl M., RÜcker G., Timmer A., Stoffers J.M. *Pharmacotherapy for borderline personality disorder : Cochrane systematic review of randomised trials.* *Br. J. Psychiatry* 2010 ; 196 : 4–12.
- 25– Mehran F. *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle, approche intégrative.* Paris : Masson ; 2006 ;
- 26– Binks C.A., Fenton M., McCarthy L., Lee T., Adams C.E., Duggan C. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder.* *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006 ; 1 : CD005652.
- 27– Leichsenring F., Leibling E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis.* *Am. J. Psychiatry* 2003 ; 160 : 1223–1232.
- 28– Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Psychothérapies : trois approches évaluées : www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivepsychotherapie.html.* 2004.
- 29– Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D., Heard H.L. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients.* *Arch. Gen. Psychiatry* 1991 ; 48 : 1060–1064.
- 30– Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T, et al. *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder : randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy.* *Arch. Gen. Psychiatry* 2006 ; 63 : 649–658.
- 31– Davidson K., Norrie J., Tyrer P., Gumley A., Tata P., Murray H, et al. *The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder : results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial.* *J Pers Disord* 2006 ; 20 : 450–465.
- 32– Cottraux J., Note I.D., Boutitie F., Milliere M., Genouihlac V., Yao S.N, et al. *Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study.* *Psychother. Psychosom.* 2009 ; 78 : 307–316.
- 33– Weinberg I., Gunderson J.G., Hennen J. *Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients.* *J Pers Disord* 2006 ; 20 : 482–492.
- 34– Blum N., St John D., Pföhl B., Stuart S., McCormick B., Allen J, et al. *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder : a randomized controlled trial and 1-year follow-up.* *Am. J. Psychiatry* 2008 ; 165 : 468–478.
- 35– Bateman A., Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial.* *Am. J. Psychiatry* 1999 ; 156 : 1563–1569.
- 36– Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M.F., Kernberg O.F. *Evaluating three treatments for borderline personality disorder : a multiwave study.* *Am. J. Psychiatry* 2007 ; 164 : 922–928.

Résumé : La classification américaine du Diagnostic and statistical mental disorders III (DSM-III) en 1980 propose de définir la personnalité borderline comme une entité autonome, impliquant une instabilité identitaire responsable de perturbations relationnelles évocatrices et une dysrégulation des affects et des comportements avec impulsivité. Les principales complications sont le risque suicidaire, les automutilations et les addictions. Les travaux d'inspiration psychodynamique ont mis en évidence chez ces patients de fréquentes perturbations de l'attachement, favorisées par des expériences traumatiques précoces. Les perspectives cognitivocomportementales ont approfondi les notions de schémas cognitifs et comportementaux dysfonctionnels. Le principal traitement de fond est de nature psychothérapique. Les traitements psychotropes sont utiles pour réduire nombre de symptômes-cibles anxieux, dépressifs ou impulsifs. Plusieurs techniques psychothérapiques individuelles ou de groupe ont prouvé leur efficacité. Les résultats obtenus dépendent largement de la qualité de l'alliance thérapeutique qui influence elle-même la bonne observance des traitements.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Attachement – Diagnostic – DSM – État limite – Étiologie – Personnalité borderline – Prise en charge – Psychopathologie – Psychothérapie – Symptôme – Traitement – Trouble de la personnalité borderline.

Personnalité borderline : les dernières tendances

En pleine actualisation de l'article « États limites et personnalité borderline » de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC), les auteurs font le point sur les dernières données disponibles.

Les concepts d'état limite et de personnalité borderline ne se recoupent que partiellement. Ils proviennent de deux logiques et de deux modèles psychopathologiques différents.

• **Le terme d'état limite** est issu de la clinique psychanalytique. Il décrit un type d'organisation de la personnalité initialement isolé à partir de particularités de la relation thérapeutique chez certains patients, se traduisant notamment par des manifestations psychotiques transitoires non prévisibles au vu des symptômes initiaux en apparence purement névrotiques.

Pour certains auteurs, la dénomination d'état limite concerne au premier chef des patients « *entre la psychose et la névrose* », que J. Bergeret considérait comme relevant d'une « *troisième lignée psychopathologique* » (1), susceptibles d'évoluer de façon variable, parfois proche des névroses ou des psychoses, d'autres fois avec des aménagements de type caractériel ou pervers. Ce sont les travaux du psychanalyste O. Kernberg qui ont constitué la contribution la plus importante à la définition de cette organisation pathologique, le plus souvent grave, de la personnalité.

• **Le concept de personnalité borderline** est issu d'une démarche psychiatrique dans une logique catégorielle. Il a été défini dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), publié en 1980, comme un trouble de la personnalité autonome. Les critères diagnostiques retenus devaient permettre de le différencier des autres troubles psychiatriques, en premier lieu ceux des autres troubles de la personnalité et les psychoses schizophréniques. La personnalité borderline implique une instabilité

de l'identité personnelle responsable de perturbations relationnelles évocatrices et d'une dysrégulation des affects et du comportement avec, le plus souvent, une grande impulsivité s'exerçant dans des domaines variés. Les principales complications de ce trouble sont les conduites suicidaires, les automutilations et les addictions.

• La description clinique que nous avons proposée en 2011 dans l'article paru dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC en collaboration avec Claire Lamas, Lionel Cailhol et Marion Robin est précisée page 24 (2). Elle est dominée par la dysrégulation émotionnelle, la dysrégulation comportementale avec impulsivité et la perturbation identitaire avec troubles récurrents des relations interpersonnelles.

Nous avons ensuite présenté une réflexion à visée psychopathologique et étiopathogénique avec, successivement, les grandes lignes des perspectives psychanalytiques (mécanismes de défense contre l'angoisse, pathologie de l'attachement, importance des expériences traumatiques précoces), les approches cognitives, génétiques et neurobiologiques, l'imagerie et les traitements psychothérapeutiques et biologiques disponibles

DANS LA VERSION 2017...

Les remaniements que nous proposerons en 2017 pour l'EMC concerneront les tendances classificatoires actuelles : celles présentes dans le *DSM-5*, publiée en 2013 (3), mais aussi la *Classification française des troubles mentaux* (CFTM-R) publiée en 2015 par J Garrabé, F Kammerer et al (4), la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) à paraître en juillet 2017 (5) et enfin la classification de l'OMS dont la publication est attendue en 2018. Nous mentionnerons également plusieurs travaux conduisant à faire de la pathologie limite une variété particulière de pathologie post-traumatique ainsi que le courant de recherches développé par le *National Institute of Mental Health* (NIMH)

depuis 2009 connu sous le sigle des RDoc, ou *Research Domain Criteria* (6).

Nous actualiserons les données disponibles en matière de neurobiologie et d'imagerie, de suivis au long cours de populations traitées permettant d'éclairer nos connaissances sur les facteurs de risque et de gravité de cette pathologie ainsi que les revues générales les plus complètes en matière de méta-analyses des traitements disponibles, biologiques ou psychothérapeutiques.

• Le DSM-5

Le modèle alternatif des troubles de la personnalité proposé dans la section III du *DSM-5* (3) (voir page 27) prévoit le maintien dans la classification de l'individualisation d'une personnalité borderline autonome mais dans une conception renouvelée de la personnalité et des troubles de celle-ci, conception mixte, hybride, catégorielle et dimensionnelle. L'hétérogénéité maintes fois dénoncée de ce champ psychopathologique sera très vraisemblablement réduite grâce à une définition plus stricte et restrictive du trouble de la personnalité, fait de difficultés au minimum d'intensité moyenne dans au moins deux des quatre domaines suivants : l'identité personnelle, l'autodétermination, l'empathie vis-à-vis d'autrui et la capacité de développer des relations intimes. Dans cette optique, les caractéristiques centrales de la personnalité borderline sont « *l'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles et des affects associés à l'impulsivité, la prise de risques et/ou l'hostilité* ». Au niveau du critère B (obligatoire pour le diagnostic), qui concerne les traits de personnalité, cela se traduit par l'existence « *d'au moins 4 traits parmi les 7 suivants, l'un d'eux devant être l'impulsivité, ou la prise de risques (facettes du domaine de la désinhibition), ou l'hostilité (facette du domaine de l'antagonisme)* ». Les autres traits possibles sont des facettes du domaine de l'affectivité négative : la labilité émotionnelle, la tendance anxieuse,

Julien Daniel GUELFY

Professeur émérite de psychiatrie.

l'insécurité liée à l'abandon et la dépressivité de l'humeur.

Plusieurs études testent actuellement ce modèle original de perturbation de la personnalité.

• La CFTM R-2015

Dans la *CFTM R* (4), classification d'inspiration principalement psychodynamique, l'état limite est le principal trouble de l'organisation d'une personnalité. Il comprend essentiellement des déficits précoces d'étaillage d'où résultent « des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale » malgré la présence fréquente de capacités adaptatives (fonctionnement en faux-self), une « dominance des expressions par le corps et par les agirs », des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive entraînant une extrême vulnérabilité à la perte d'objet, une diffusion d'identité et des failles narcissiques constantes.

Il en résulte une « hétérogénéité structurelle soutenue par des clivages » de sorte que d'un côté se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des « modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental ». Cette conception originale de l'état limite mérite d'être testée par une approche empirique avec une évaluation approfondie des mécanismes de défense employés par les sujets.

• Le PDM-2

Sept années après la publication du *Psychodynamic Diagnostic Manual*, réponse des analystes et des psychodynamiciens principalement américains au DSM, sort la deuxième version (PDM-2) coordonnée par V. Lingardi et N. McWilliams (5). Dans la première version, le terme borderline désignait un niveau d'organisation dysfonctionnel et non celui d'un trouble spécifique de la personnalité. Selon ce modèle, il existe trois niveaux de fonctionnement psychologique : « healthy », « neurotic » et « borderline ». La révision dans la nouvelle version a été assurée par N. McWilliams et J. Shedler, sous l'influence déterminante de Otto Kernberg. Le terme borderline a désormais deux sens distincts : un trouble de l'organisation de la personnalité et un trouble spécifique de la personnalité. Cette solution de compromis n'est sans doute ni la plus élégante ni la plus claire mais elle témoigne d'une reconnaissance des travaux antérieurs de J. Gunderson et de R. Spitzer dans le

DSM-III pour l'individualisation même de cette entité morbide. Elle témoigne aussi d'une volonté de collaborer plutôt que de boycotter les auteurs du DSM.

• Borderline et stress post-trauma

Dans l'étude clé de Mary Zanarini (7), portant sur un groupe de 358 patients borderline initialement hospitalisés (*versus* 109 autres troubles), plus de 90 % d'entre eux avaient rapporté des antécédents précoces d'abus divers dont plus de 60 % d'abus sexuels. De plus, dans la majorité des cas (58 %), la personnalité borderline était associée aux critères d'un syndrome de stress post-traumatique. Les études les plus récentes ont confirmé la grande fréquence de ces antécédents chez ces patients borderline mais aussi leur non-spécificité. L'importance d'autres expériences traumatiques (abus émotionnels, violence à l'école, harcèlements de nature diverse) ont aussi été mis en lumière (8, 9).

• Les RDoc

Ce projet révolutionnaire et ambitieux est né en 2009 (6). Il concerne une classification des troubles mentaux qui repose non plus sur la sémiologie psychiatrique ou sur une nosologie préexistante mais sur les neurosciences, la génétique moléculaire et la neurobiologie. Vingt-huit réseaux neuronaux cérébraux ont d'ores et déjà été identifiés qui appartiennent à cinq grands modules : l'émotionnalité négative, l'émotionnalité positive, les processus sociaux, les processus cognitifs et les systèmes d'éveil et de régulation. Le principe général de cette approche consiste à identifier les variables qui permettent de distinguer un fonctionnement émotionnel harmonieux d'un dysfonctionnement. Les circuits neuronaux des diverses variétés de peurs sont particulièrement impliqués dans cette approche dont le caractère heuristique va vraisemblablement se développer dans un proche avenir.

• Les traitements disponibles

Une revue générale synthétique des traitements efficaces disponibles a été publiée en 2016 par un spécialiste reconnu des patients borderline, Michael Stone (10). En matière pharmacologique, les principales nouveautés des dernières années proviennent des résultats des essais contrôlés des régulateurs de l'humeur et des anti-psychotiques de 2^e génération, notamment l'aripiprazole et la quétiapine (11).

En matière de psychothérapies, une revue de I. Cristea et al vient d'être publiée (12).

Trente-trois études contrôlées ont été analysées, ayant inclus 2256 patients. Treize de ces études comprennent des données de fin de traitement et de suivi. Plusieurs variétés de psychothérapie ont prouvé leur efficacité mais seules la thérapie dialectique de Marsha Linehan et les psychothérapies psychodynamiques ont montré une supériorité de résultats obtenus dans les groupes traités et suivis après le traitement, par rapport aux groupes contrôles. Néanmoins, les effets restent de petite taille, avec des risques de biais, notamment des biais de publication, et ces résultats se montrent instables lors du suivi.

Ces données montrent que de très nombreux progrès restent à accomplir dans le traitement de cette pathologie de la personnalité, fréquente, grave et coûteuse aussi bien sur les plans individuels que socioéconomiques.

1- Bergeret J. Abrégé de psychologie pathologique. Théorie et clinique. Paris : Masson; 1979.

2- États limites et personnalité borderline, J.-D. Guelfi, L. Cailhol, M. Robin, C. Lamas, EMC, Elsevier-Masson, Psychiatrie, 37-395-A-10, 2011.

3- DSM-5, édition française sous la dir. de MA Crocq et JD Guelfi, American Psychiatric Association, juin 2015.

4- Classification française des troubles mentaux R-2015, sous la dir. Garrabé Jean, Kammerer François, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015.

5- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)-2 (Anglais), V. Lingardi, N. McWilliams (dir.), juillet 2017, Guilford Publications

6- Research Domain Criteria, en savoir plus <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>

7- Zanarini MC, Frankenburg FR Pathways to the development of borderline personality disorders *J Pers Disord* 1997;11 :94-104

8- Affifi To, Mather A, Boman J et al Childhood adversity and personality disorders : Results from a nationally representative population-based Study *J Psychiatr Res* 2011 ;45 :814-22

9- Hengartner MP, Tyrer P, Adjacic-Gross V, Angst J, Rossler W Articulation and testing of a personality-centred model of psychopathology : evidence from a longitudinal community study over 30 years *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2017 ; DOI 10.1007/s00406-017-0796-8.

10- M. Stone. Borderline Personality Disorders. Therapeutic Factors, In *Psychodynamic Psychiatry*, 44 : 505-540.

11- Nickel MK, Muelbacher M, Nickel C et al Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder : a double blind placebo-controlled study *Am J Psychiatry* 2006 ;163 : 833-8 - Black DW, Zanarini MC, Romine A et al Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder : a randomized double-blind placebo-controlled trial *Am J Psychiatry* 2014 ; 171 : 1174-82

12- Cristea J. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. A systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2017 ; 74 :319-328.