

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2011

THÈSE N°

**INTÉRÊT DU TCI DANS L'APPROCHE ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET
PSYCHOBIOLOGIQUE DES ÉTATS LIMITES**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 28 octobre 2011

par

Élodie AUDEBERT-MÉRILHOU

née le 21 décembre 1981, à Saint-Yrieix-La-Perche (Haute-Vienne)

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Examineurs de la thèse

Mr. le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT Président
Mr. le Professeur Jean-Yves SALLE Juge
Mme. le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLÉMENT Juge
Mme. le Docteur Danielle BOURLOT Membre invité
Mme. le Docteur Marie-Michèle BOURRAT Membre invité
Mr. le Docteur Benjamin CALVET Membre invité
Mr. le Docteur Hervé MERVEILLE Membre invité

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS :

C.S = Chef de Service

| | |
|---|--|
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ADENIS Jean-Paul (C.S)..... | OPHTALMOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE |
| ALDIGIER Jean-Claude (C.S) | NÉPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S) | MÉDECINE INTERNE |
| ARNAUD Jean-PAUL (C.S) | CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| AUBARD Yves (C.S) | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE |
| BEAULIEU Pierre | ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION CHIRURGICALE |
| BEDANE Christophe | DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE |
| BERTIN Philippe (C.S)..... | THÉRAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre (C.S) | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| BONNAUD François | PNEUMOLOGIE |
| BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)..... | DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE |
| BORDESSOULE Dominique (C.S)..... | HÉMATOLOGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis..... | CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre (C.S) | RADIOTHÉRAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre (C.S) | PSYCHIATRIE ADULTES |
| COGNE Michel (C.S) | IMMUNOLOGIE |
| COLOMBEAU Pierre | UROLOGIE |
| CORNU Elisabeth ... | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| COURATIER Philippe..... | NEUROLOGIE |
| DANTOINE Thierry (C.S) | GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| DARDE Marie-Laure (C.S) | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION |
| DE LUMLEY WOODYEAR Lionel..... | PÉDIATRIE |
| DENIS François..... | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE |

| | |
|-------------------------------------|---|
| DESSPORT Jean-Claude..... | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel (C.S)..... | MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL |
| DUMAS Jean-Philippe (C.S) | UROLOGIE |
| DUMONT Daniel | MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL |
| ESSIG Marie..... | NÉPHROLOGIE |
| FEISS Pierre..... | ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE |
| FEUILLARD Jean (C.S) | HÉMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAINANT Alain (C.S) | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GAROUX Roger (C.S)..... | PÉDOPSYCHIATRIE |
| GASTINNE Hervé (C.S)..... | RÉANIMATION MÉDICALE |
| GUIGONIS Vincent | PÉDIATRIE |
| JACCARD Arnaud ... | HÉMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile..... | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François (C.S) | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE |
| LACROIX Philippe... .. | MÉDECINE VASCULAIRE |
| LASKAR Marc (C.S) | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S) | PÉDIATRIE |
| MABIT Christian..... | ANATOMIE |
| MAGY Laurent..... | NEUROLOGIE |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MAUBON Antoine ... | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE |
| MELLONI Boris (C.S) | PNEUMOLOGIE |
| MERLE Louis..... | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| MONTEIL Jacques (C.S) | BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE |
| MOREAU Jean-Jacques (C.S) | NEUROCHIRURGIE |
| MOULIES Dominique (C.S) | CHIRURGIE INFANTILE |
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)..... | ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE |
| PARAF François..... | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE |
| PLOY Marie-Cécile (C.S)..... | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, PRÉVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| SALLE Jean-Yves (C.S) | MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION |
| SAUTEREAU Denis (C.S) | GASTRO-ENTÉROLOGIE, HÉPATOLOGIE |
| SAUVAGE Jean-Pierre | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| STURTZ Franck (C.S) | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE |

| | |
|------------------------------------|---|
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre..... | ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES |
| TREVES Richard..... | RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA- MATHIEU Nicole (C.S)..... | CANCÉROLOGIE |
| VALLAT Jean-Michel (C.S)..... | NEUROLOGIE |
| VALLEIX Denis (C.S)..... | ANATOMIE-CHIRURGIE GÉNÉRALE |
| VANDROUX Jean-Claude..... | BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE |
| VERGNENÈGRE Alain (C.S)..... | ÉPIDÉMIOLOGIE-ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION |
| VIDAL Elisabeth (C.S)..... | MÉDECINE INTERNE |
| VIGNON Philippe..... | RÉANIMATION MÉDICALE |
| VIROT Patrice (C.S)..... | CARDIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre (C.S)..... | MALADIES INFECTIEUSES |
| YARDIN Catherine (C.S)..... | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :

| | |
|-----------------------------------|---|
| AJZENBERG Daniel..... | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)..... | PHYSIOLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie..... | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |
| BOUTEILLE Bernard..... | PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE |
| CHABLE Hélène..... | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine..... | ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE |
| ESCLAIRE Françoise..... | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| FUNALOT Benoît..... | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE |
| HANTZ Sébastien..... | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE |
| LAROCHE Marie-Laure..... | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LE GUYADER Alexandre..... | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| MARIN Benoît..... | ÉPIDÉMIOLOGIE-ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION |
| MOUNIER Marcelle..... | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE- HYGIÈNE HOSPITALIÈRE |
| PICARD Nicolas..... | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| QUELVEN-BERTIN Isabelle..... | BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE |
| TERRO-Faraj..... | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| VERGNE-SALLE Pascale..... | THÉRAPEUTIQUE |
| VINCENT François..... | PHYSIOLOGIE |

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE :

| | |
|---------------------|----------------|
| CAIRE François..... | NEUROCHIRURGIE |
|---------------------|----------------|

P.R.A.G.

| | |
|---------------------|---------|
| GAUTIER Sylvie..... | ANGLAIS |
|---------------------|---------|

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel MÉDECINE GÉNÉRALE
BUISSON Jean-Gabriel..... MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

DUMOITIER Nathalie MÉDECINE GÉNÉRALE
MENARD Dominique MÉDECINE GÉNÉRALE
PREVOST Martine... MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

A notre Président et Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT
Professeur des Universités. Psychiatrie d'Adultes
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous confier ce travail de thèse. Vous nous avez fait l'honneur et le plaisir de nous diriger dans ce projet avec beaucoup de disponibilité.

Vous nous faites un très grand honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Nous avons pu bénéficier, pendant nos études de médecine et aussi lors de nos stages d'internat dans vos services de psychiatrie d'adultes et du sujet âgé, de la richesse de votre clinique et de votre enseignement. Nous vous en remercions.

Que ce travail soit pour vous l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre juge

Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE
Médecine Physique et Réadaptation
Professeur des Universités et Médecin des Hôpitaux
Chef de service

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Au cours de nos études de médecine, nous avons pu bénéficier de la richesse de votre enseignement théorique.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

A notre juge

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLÉMENT

Endocrinologie Diabétologie

Maladies métaboliques

Médecine de la reproduction

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Au cours de nos études de médecine, nous avons pu bénéficier de la richesse de votre enseignement théorique.

Nous vous remercions également pour l'accueil que vous nous avez toujours réservé et pour vos qualités humaines.

Que cette thèse soit le témoignage de la profonde estime que nous vous portons.

A nos membres invités

Madame le Docteur Danielle BOURLOT

Psychiatre

Praticien Hospitalier

Responsable de la filière Psychotique

Présidente de CME

Vous nous faites un très grand honneur d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse.

Vous nous avez enseigné le juste langage à avoir avec les patients et leurs familles.

Nous avons pu apprécier votre disponibilité, votre gentillesse, votre culture et votre intérêt à faire partager vos connaissances.

L'exemple de votre pratique de psychiatrie restera toujours pour nous un modèle.

A nos membres invités

Madame le Docteur Marie-Michèle BOURRAT

Pédopsychiatre

Praticien Hospitalier

Chef de pôle

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury de thèse.

Nous avons eu la chance, pendant notre internat, de bénéficier de la richesse de votre clinique, de votre pédagogie exceptionnelle et de votre disponibilité. Vous nous avez fait découvrir la diversité de la pratique de la pédopsychiatrie.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde considération.

A nos membres invités

Monsieur le Docteur Benjamin CALVET

Psychiatre

Chef de clinique

Benjamin, je te remercie de ta présence dans mon jury de thèse.

Tu as, depuis le début de mon internat, toujours représenté un modèle.

Tes conseils ont été précieux pour la rédaction de ce travail.

Ton humanité et ta gentillesse envers tes collègues, en particulier, les plus jeunes, sont admirables.

Pour tout cela je te remercie.

A nos membres invités

Monsieur le Docteur Hervé MERVILLE

Praticien Hospitalier Contractuel

Hervé, tu as été pour moi d'un grand soutien tout au long de mon internat.

J'ai beaucoup appris à tes côtés lors de mon stage à Lafarge B.

Ta disponibilité, ta gentillesse, tes qualités humaines, tes compétences et ton humour à toute épreuve sont remarquables. Mon souhait serait que nous puissions collaborer dans l'avenir !

Merci d'être dans ce jury de thèse aujourd'hui.

J'exprime toute ma gratitude à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Limoges. J'ai une pensée particulière pour Monsieur le Professeur Roger GAROUX qui nous a quittés récemment.

Je remercie également l'équipe du moyen séjour de gériatrie auprès de laquelle j'ai fait un stage de Faisant Fonction d'Interne avant de débiter mon internat de psychiatrie. J'ai beaucoup appris à leurs côtés. Je leur suis très reconnaissante pour cette expérience professionnelle.

Je pense également à tous les psychiatres auprès desquels j'ai pu me former durant ces quatre années d'internat :

- le Dr Karine EYMAR, le Dr Maurice PAREAUD et le Dr François VIÉBAN pour leur accueil chaleureux en psychogériatrie, leur humanité, leur disponibilité et leur pédagogie.

- le Dr Émile-Roger LOMBERTIE, le Dr Guillaume VERGER et le Dr Nathalie SALOMÉ auprès desquels je me suis initiée à la psychiatrie adulte. Vous m'avez très vite considérée comme une collègue. Vous m'avez donné des responsabilités tout en étant toujours à mes côtés. Je vous suis éternellement reconnaissante et j'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances. Monsieur LOMBERTIE, votre enseignement et vos remarques pertinentes m'ont inspiré bien des réflexions concernant le domaine de la psychiatrie et la vie en général. Je vous en remercie.

- la disponibilité et la compétence du Dr Fabien LESCURE resteront pour moi un exemple à suivre.

- j'ai enrichi mes connaissances grâce aux Drs Florence JOUPPE, Aline MEYNARD, Jean-François ROCHE, Marie-Astrid CASTAING, Élodie MALHOMME, Frédérique DANTOINE, Nadine MERCIER, Céline DUMONT avec lesquels j'ai assisté à des consultations de pédopsychiatrie de qualité. J'ai pu aussi bénéficier de l'enseignement de valeur du Dr Bertrand OLLIAC. Le Dr Christine RAINELLI et le Dr Fabienne SOUCHAUD m'ont beaucoup apporté avec un accueil chaleureux, une grande humanité ainsi qu'une importante disponibilité.

- le Dr Monique POUPRY qui m'a montré la vraie psychanalyse, celle où les dogmes et les certitudes n'existent pas. Vous restez pour moi un exemple à suivre. J'aimerais tellement pouvoir me rapprocher un jour de vos compétences !

- le Dr Maïté PLAZANET-PEYRAT pour sa grande gentillesse et son humanité.

Je souhaite aussi remercier les Drs David FONTANIER, Anne-Marie TRARIEUX, Alain RATTI, Dominique MALAUZAT, Lydie DOMINIQUE, Guillaume CHANDON, Lucie LAOT, Sophie BONNEFOND, Jean-Louis SOUCHAUD, Valérie BALOUTCH, Arnaud DELAGE, Karine AMPAYRAT, Isabelle ALAMOME, Denis SCHADLER, Jean-François THERME et les médecins du pôle d'addictologie pour l'accueil qu'ils m'ont toujours réservé et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail de thèse.

Un grand merci également aux Drs Cristina CIOBANU, Mathilde DROUFFE, Karell EMERY, Magali BRICAUD-CALVET, Paola REVUE, Houda BICHARA, Patrick MALAGANNE, Zoé ZABRANIECKI pour tous ces bons moments passés ensemble à l'internat.

Une pensée pour tous mes collègues internes. C'est tellement agréable de travailler à vos côtés !

Mme Murielle GIRARD, vous avez été d'un grand soutien pour moi tout au long de la préparation de cette thèse. Votre disponibilité, votre patience et vos compétences ont été indispensables à l'aboutissement de ce travail. Recevez, Madame, toute ma gratitude.

J'aimerais citer toutes les équipes auprès desquelles j'ai travaillé pendant ces quatre années : l'équipe de Sutter, de Wertheimer, de Dide, d'Avicenne, les équipes de pédopsychiatrie, de Lafarge B, d'Averroes et de Deniker, de l'Unité mère-bébé et l'équipe ambulatoire. Merci à tous les cadres de santé, infirmiers, aides soignants, agents de service hospitaliers, assistants sociaux, pharmaciens avec lesquels j'ai partagé des moments professionnels dans une ambiance très agréable. Je tiens à remercier Mme Michèle LASCAUX, Mme Catherine BRÉGÈRE, Mme Isabelle VENNAT, Mlle Martine CLAUDE, Mme Chantal TABARAUD, Mme Nicole AUBRETON, Mme Patricia ROUX, Mme Liliane FEYNEROL, Mme Chantal BERNARD, Mme Brigitte PLANSONT, Mr Gérard DEVILLE, Mme Annie DRUET-CABANAC.

Un grand merci aux psychologues qui m'ont fait partager leurs connaissances, en particulier Mme Dominique BOYON, Mme Marie-Hélène ORLIAGUET, Mme Carole GRASSET, Mme BURAUD, dont les compétences et la culture m'ont impressionnée. J'ai pu également assister avec vous à des bilans psychologiques de grande qualité.

Merci également à toutes les secrétaires médicales et en particulier Mme Dominique THÉVENOUX, Mme Sylvie DUMAIN, Mme Bernadette LAPLAGNE, Mme Arianne CORNÉE-BROSSARD, Mme Liliane MADELINE, Mme Sandrine MAZARD, Mme Marie-Hélène FRANÇOIS, Mme Hélène CUBELIER.

Je n'oublie pas les délégués médicaux qui nous ont soutenus pendant l'internat en nous proposant diverses conférences.

Enfin je termine en remerciant infiniment Mme Christine LACOMBE et son équipe de De Nerval. J'aime travailler avec chacun d'entre vous : infirmiers, agents de service hospitalier, aides soignants mais aussi Stéphanie, Élodie, Guillaume, Sandrine, Nadège, Sylvie et Julie. Merci de votre soutien au quotidien, de votre gentillesse, votre humanité. Vous avez toute ma reconnaissance, mon respect et mon affection. Mon souhait est de continuer à travailler longtemps avec vous !

Je dédie ce travail

Aux personnes les plus précieuses de ma vie :

A mon mari qui m'a accompagnée patiemment durant ces dix dernières années et à notre fille Andréa. Puisse l'avenir nous être prospère et heureux.

A mes parents qui m'ont soutenue durant toutes ces années d'études. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. C'est grâce à vous et à votre amour que je suis là aujourd'hui. Je vous dédie ce travail qui, je l'espère, sera à la hauteur de vos espérances.

A mes grands-parents.

A mon grand-père, la douleur de ton absence récente est encore tellement vive.

A mon cousin Bernard qui m'a donné le goût de la psychiatrie. Je t'en suis éternellement reconnaissante.

A toute ma famille et ma belle-famille.

A ma belle-mère pour sa gentillesse rassurante.

A ma belle-sœur et mon cousin Florent qui sont pour moi des modèles de courage et des exemples que je m'efforce de suivre.

A mes amies Liliane, Emily et Anne.

A mes collègues qui sont devenus des amis si précieux : Cristina, Adrien, Grégory, Guillaume, Marion, Hervé, Matthieu, Céline, Cécile.

A nos patients borderline

« Les chemins bourbeux rendent plus désirable l'aube spirituelle et plus tenace l'exigence d'un idéal »

Baudelaire.

« Aussi loin que l'on peut aller, j'irais, aussi loin que l'on ne peut pas aller, j'irais aussi »

Camille Claudel.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

1. LA NOTION DE PERSONNALITÉ
2. LA NOTION DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
3. L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ
 - 3.1 Le concept d'attachement
 - 3.2 La notion de stress et de traumatisme psychique
 - 3.3 La notion de compétence et de résilience
 - 3.4 La notion de vulnérabilité
 - 3.5 Les événements de vie et facteurs de risques
4. LES ÉTATS LIMITES OU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE
 - 4.1 Historique
 - 4.2 Clinique
 - 4.3 Formes cliniques
 - 4.4 Psychopathologie
 - 4.5 Antécédents psychiatriques et événements de vie traumatiques de l'enfance
 - 4.6 Diagnostic positif
 - 4.7 Dernières données épidémiologiques
 - 4.8 Dernières données des neurosciences
 - 4.9 Traitement
5. LE MODÈLE D'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ DE CLONINGER

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE : INTÉRÊT DU TCI DANS L'APPROCHE ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET PSYCHOBIOLOGIQUE DES ÉTATS LIMITES

1. CONTEXTE SCIENTIFIQUE
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE
3. MÉTHODOLOGIE
 - 3.1 Schéma de l'étude
 - 3.2 Population étudiée
 - 3.3 Recueil de l'information

3.4 Analyse statistique

4. RÉSULTATS

4.1 Analyse descriptive

4.2 Analyse comparative

5. DISCUSSION

5.1 Biais et limites de l'étude

5.2 Discussions des résultats

CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

ANNEXES

1. NOTE D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE

2. FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT POUR L'ÉTUDE

3. CRITÈRES DU DSM-IV DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

4. TCI-125

5. QUESTIONNAIRE EVVIE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Les états limites sont aujourd'hui considérés comme un trouble de la personnalité et donc classés dans l'axe II du DSM-IV-TR sous le nom de personnalité borderline (American Psychiatric Association, 2000). Dans la CIM-10, les états limites figurent aussi dans les troubles de la personnalité sous le nom de personnalité borderline, sous-type de la personnalité émotionnellement labile (Organisation Mondiale de la Santé, 1993).

En pratique, différents termes sont utilisés. On parle de trouble de personnalité borderline ou de trouble de personnalité limite ou d'état limite pour évoquer la même pathologie. Le terme de « limite » a été créé par Bergeret en 1970 pour décrire un état à la « limite » de la psychose et de la névrose (Bergeret, 1970).

Le trouble est caractérisé essentiellement par 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 présente dans des contextes divers (American Psychiatric Association, 2000).

Il s'agit d'un concept nosologique encore décrié aujourd'hui. Certains cliniciens doutent même de l'existence de cette pathologie, d'autres sont mal à l'aise avec les patients concernés par cet état, en partie parce qu'ils restent persuadés qu'il s'agit d'un trouble extrêmement difficile à traiter, voire même impossible à améliorer.

Mais le trouble de personnalité limite figure parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes, les plus handicapantes et les plus mortelles. Les comportements suicidaires sont particulièrement fréquents et dominant le pronostic. Le taux de suicide qui y est associé est en effet trois fois plus important que celui de la schizophrénie et du trouble bipolaire combinés (Gunderson, 2009).

Il y a donc un intérêt certain à ne pas méconnaître ce trouble de personnalité, souvent comorbide d'un trouble de l'axe I du DSM-IV-TR et compliquant la prise en charge.

On propose dans ce travail, une réflexion étiopathogénique sur ce trouble. Nous allons étudier la biographie de sujets borderline à l'aide de l'auto-questionnaire d'événements de vie EVVIE (Clément, 2003). L'objectif principal de l'étude est d'identifier les événements de vie des sujets borderline qui sont associés à leurs dimensions de personnalité. Nous allons utiliser le modèle d'étude de la personnalité de Cloninger et l'auto-questionnaire TCI (Temperament and Character Inventory) pour déterminer le profil de personnalité de ces sujets (Cloninger, 1993). Nous essaierons aussi de formuler des hypothèses neurobiologiques pour cette population.

Pour ce faire, 61 sujets diagnostiqués borderline (selon les critères retenus dans le DSM-IV-TR) hospitalisés ou suivis en consultation au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges en 2011 ont répondu aux deux auto-questionnaires EVVIE et TCI.

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

Dans cette première partie, nous allons tout d'abord essayer de définir la notion de personnalité, de trouble de la personnalité et nous reviendrons sur le rôle de l'environnement dans le développement de la personnalité. Puis nous présenterons les généralités et les dernières données de la littérature sur le trouble de la personnalité borderline. Enfin, nous parlerons du modèle d'étude de la personnalité de Cloninger, utilisé pour notre travail.

1. LA NOTION DE PERSONNALITÉ

La personnalité est une notion complexe en psychologie et la définir n'est pas facile. Allport énumérait et discutait en 1937 plus de cinquante définitions de la personnalité. Historiquement, « *personnalité* » vient du mot « *personne* », dérivé du latin « *persona* » qui désignait les masques portés par les acteurs de théâtre. A partir de ces masques, les spectateurs pouvaient s'attendre à des comportements ou à des attitudes déterminés.

Au fil du temps, la notion de personnalité a perdu sa connotation d'illusion et de théâtre pour désigner la manière dont une personne se comporte habituellement. Pour le Dictionnaire de Littré, la personnalité est « ce qui appartient essentiellement à une personne et ce qui fait qu'elle est elle et non une autre ». La personnalité est à la fois stable, contribuant à la permanence de l'individu et unique, ce qui rend le sujet distinct de tous les autres (Guelfi, 2007). Ainsi chaque individu est un être unique caractérisé par ses comportements et ses attitudes face aux différentes situations. Malgré le caractère individuel de la personnalité, il existe des comportements communs entre les individus d'une même espèce (Revelle, 1995). Il s'agit donc d'un ensemble organisé, c'est-à-dire d'une structure, mais qui n'est pas toutefois un système clos, prédéterminé et programmé à l'avance, ni un système figé une fois mis en place. Le développement de la personnalité s'inscrit en effet dans une perspective dynamique. La personnalité résulte de l'interaction permanente entre l'individu et son environnement, les étapes premières du développement jouant un rôle prépondérant pour sa constitution (Guelfi, 1987). On distingue deux composantes de la personnalité : le tempérament et le caractère.

Le tempérament (ou selon une formulation ultérieure, la constitution) est en quelque sorte le squelette biologique de la personnalité. C'est la base constitutionnelle de la personnalité déterminée génétiquement donc héritée. Il s'agit d'une notion ancienne. Le concept de tempérament est d'origine médicale et date d'Hippocrate qui parlait de « nature diversifiée suivant les individus ». Pour Galien, il repose sur l'idée d'un équilibre dans l'organisme de quatre humeurs : le sang, la bile jaune, la bile noire ou atrabile, et la lymphe ou phlegme. La prédominance dans l'économie de l'une d'elles se manifeste par la susceptibilité à certaines maladies et par une tendance à un style comportemental particulier. Cette notion est conservée dans le langage courant où l'on parle toujours de tempérament phlegmatique, atrabilaire ... La doctrine des tempéraments persistera longtemps, incorporant parfois un autre concept, celui d'*habitus*, né également de la médecine hippocratique, suivant lequel la morphologie du corps était aussi corrélée à la pathologie : l'*habitus* phtisique, marqué par la prédominance des mensurations verticales sur les transversales serait fréquemment

observé dans les affections respiratoires, l'habitus apoplectique aux caractéristiques morphologiques inverses, dans les affections cardio-vasculaires. Jusqu'au premier tiers du XXème siècle apparurent de nombreuses doctrines des tempéraments qui combinèrent de manières diverses des perspectives physiologiques, psychologiques et morphologiques. En psychiatrie, celle de Kretschmer, qui joua un rôle dans l'histoire des troubles de la personnalité, en est un exemple. Le titre de l'ouvrage est certes « la structure du corps et le caractère » mais il traite en fait du tempérament et, le volume de Sheldon, qui développa aux Etats-Unis les idées de Kretschmer, s'intitule « Variétés de tempérament » (Pichot, 1995). L'idée générale est donc celle d'une contrainte biologique faisant l'objet de différences interindividuelles : « les individus se différencient quant au niveau du stimulus le plus faible susceptible de susciter une réponse... / paraissent différer quant à un niveau optimal de stimulation, soit par le fait de systèmes modulateurs éventuellement périphériques, soit plus vraisemblablement par le fait de structures centrales plus faciles ou plus difficiles à mettre en éveil. Certains sujets vont donc rechercher les stimulations et d'autres les éviter, ce qui entraînera des conduites que l'on pourra qualifier d'extraverties ou d'introverties... » (Reuchlin, 1990).

Les traits de caractère sont acquis par l'expérience, soumis aux effets de l'environnement, à l'histoire relationnelle du sujet, aux processus adaptatifs mis en jeu au cours du développement. Ils ne sont pas influencés par des facteurs héréditaires.

On peut donc dire que chaque homme est une entité bio-psycho-sociale unique. Sa vie, son comportement, ses attitudes s'échafaudent en fonction de ses gènes mais aussi de sa psychologie, et des influences de son environnement familial, social et culturel. Il existe ainsi autant de combinaisons possibles que d'êtres peuplant la planète.

L'importance relative accordée à la maturation et à l'environnement dans le développement de la personnalité est toujours discutée.

On distingue ainsi différentes « théories de la personnalité » :

- la théorie néo-béhavioriste
- la théorie psychanalytique
- la théorie sociale
- la théorie cognitiviste
- la théorie biologique

On peut les séparer en deux groupes : les théories « constitutionnalistes » qui mettent l'accent sur l'hérédité et les théories « culturalistes » qui privilégient les apprentissages sociaux et culturels dans le développement de la personnalité.

Pour Prochiantz, les caractéristiques innées peuvent être considérées comme le point de départ d'une infinité de potentialités évolutives (Prochiantz, 1995). Les adultes essaient d'adapter leur comportement à celui de l'enfant qui provient au début de son seul tempérament. Progressivement, le trait de tempérament s'ajuste et se développe en relation avec les réactions parentales (Thomas, 1977). L'individu doit ainsi être considéré comme le fruit d'une contrainte biologique en situation. Il sélectionne des situations et entreprend des activités dans le but d'une harmonisation avec son tempérament (Diener, 1984) ; (Emmons, 1986). Le tempérament influence la façon de percevoir et d'interpréter l'environnement. L'environnement pousse ensuite l'individu à renforcer ses traits les plus prononcés. C'est ainsi qu'il existe une relation bidirectionnelle entre les traits de tempérament innés et les facteurs environnementaux.

Avec le succès de la psychiatrie biologique, l'importance donnée aux neurotransmetteurs cérébraux (dans lesquels on peut voir un avatar moderne des humeurs de Galien) dans la modulation des comportements normaux et

pathologiques, l'intérêt des généticiens pour la notion d'endophénotype, le concept de tempérament connaît actuellement une renaissance.

2. LA NOTION DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

L'utilisation du concept de « trouble de la personnalité » naît au XIX^{ème} siècle avec le psychologue T. Ribot qui publie en 1885 « Les maladies de la personnalité » (Ribot, 1885).

Les troubles de la personnalité sont définis aujourd'hui dans les deux principales classifications internationales des troubles mentaux : la CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1993) et le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

La CIM-10 et le DSM-IV proposent des critères généraux pour définir les aspects communs à tous les troubles de la personnalité et des critères spécifiques pour les différencier les uns des autres.

Dans les deux classifications, les critères généraux des troubles de la personnalité sont six critères monothétiques, c'est-à-dire que chacun est obligatoirement requis pour le diagnostic. Ces critères sont pratiquement identiques dans la CIM-10 et le DSM-IV comme le montre le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : Juxtaposition des critères généraux des troubles de la personnalité de la CIM-10 et du DSM-IV

| CIM-10 CRITÈRES GÉNÉRAUX DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ | DSM-IV CRITÈRES GÉNÉRAUX DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ |
|--|---|
| <p>G1. Arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (ou « normes »). Une telle déviation doit être manifeste dans plus d'un des domaines suivants :</p> <p>(1) Cognitions (par exemple façons d'appréhender et d'interpréter les choses, les gens et les événements ; attitudes et représentations que l'on a de soi-même et des autres).</p> <p>(2) Affectivité (diversité, intensité et adéquation de la réaction et de la réponse émotionnelles).</p> <p>(3) Contrôle des impulsions et satisfaction des besoins.</p> <p>(4) Interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles.</p> | <p>A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p> <p>(1) La cognition, (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)</p> <p>(2) L'affectivité (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)</p> <p>(4) Le contrôle des impulsions.</p> <p>(3) Le fonctionnement interpersonnel.</p> |
| <p>G2. La déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées (c'est-à-dire qu'elle doit ne pas être limitée à un stimulus ou à une situation « gâchette » spécifique.</p> | <p>B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.</p> |
| <p>G3. Il existe une souffrance personnelle ou bien un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois, clairement attribuable à la conduite mentionnée en G2</p> | <p>C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> |
| <p>G4. Il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable, ayant débuté à la fin de l'enfance ou à l'adolescence.</p> | <p>D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.</p> |
| <p>G5. La déviation ne peut pas se réduire à une manifestation – ou à une conséquence – d'autres troubles mentaux de l'adulte, bien que des situations épisodiques ou chroniques décrites dans cette classification puissent coexister ou se surajouter à elle.</p> | <p>E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.</p> |
| <p>G6. Une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement du cerveau doivent être exclus comme cause possible de la déviation.</p> | <p>F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à des abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien)</p> |

D'après FÉLINE A, GUELFY JD, HARDY P. Les troubles de la personnalité
Médecine-Sciences Flammarion, 2006.

Le DSM-IV décrit dix troubles de la personnalité répartis en trois groupes :

- le cluster A : la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde et la personnalité schizotypique.
- le cluster B : la personnalité antisociale, la personnalité borderline, la personnalité histrionique et la personnalité narcissique.
- le cluster C : la personnalité évitante, la personnalité dépendante et la personnalité obsessionnelle-compulsive.

A noter que la personnalité passive-agressive (négativiste) et la personnalité dépressive ont été supprimées de l'axe II du DSM-IV et sont reléguées dans une annexe regroupant divers troubles proposés pour des études supplémentaires.

La CIM-10 décrit huit troubles de la personnalité : la personnalité paranoïaque ; la personnalité schizoïde ; la personnalité dissociale (qui correspond à la personnalité antisociale du DSM-IV) ; la personnalité émotionnellement labile (avec deux sous-types : impulsif et borderline, le sous-type borderline correspondant à la personnalité borderline du DSM-IV) ; la personnalité histrionique ; la personnalité anankastique (qui correspond à la personnalité obsessionnelle-compulsive du DSM-IV) ; la personnalité anxieuse (qui correspond à la personnalité évitante du DSM-IV) et la personnalité dépendante. La personnalité schizotypique décrite dans le DSM-IV n'a pas de correspondance parmi les troubles de la personnalité dans la CIM-10. Mais on retrouve dans cette dernière, un trouble appelé schizotypique groupé avec la schizophrénie et les troubles délirants. La personnalité narcissique du DSM-IV n'a pas d'équivalent dans la CIM-10.

Pour le diagnostic de chaque trouble de personnalité, les deux systèmes de classification utilisent une liste de critères polythétiques, c'est-à-dire qu'aucun critère n'est obligatoire en lui-même pour le diagnostic mais un nombre minimal de critères, correspondant à un chiffre supérieur à la moyenne, est requis.

Dans le DSM-IV, il existe aussi une catégorie qui est réservée aux troubles de la personnalité qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la personnalité spécifique. Il peut exister par exemple des caractéristiques appartenant à plusieurs troubles de la personnalité et le nombre de critères n'est pas suffisant pour définir un trouble spécifique. On parle quand même de trouble de la personnalité car on retrouve les critères généraux et notamment une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants. Les équivalents de ce trouble dans la CIM-10 sont les troubles mixtes de la personnalité, les autres troubles spécifiques de la personnalité, et les troubles de la personnalité sans précision. La personnalité passive-agressive figure par exemple dans la CIM-10 dans la catégorie « autres troubles spécifiques de la personnalité » ; la personnalité dépressive n'a pas d'équivalent dans la CIM-10.

La définition du trouble de la personnalité va être modifiée dans les années à venir dans le futur DSM-V.

La publication du manuel est prévue pour mai 2013 mais l'APA a rendu publique, dès février 2010, sur son site internet, une version préliminaire des critères diagnostiques pour les différents troubles psychiatriques (American Psychiatric Association, 2010). Les révisions proposées pour les troubles de personnalités ne sont pas finales mais on peut dire qu'une « reconceptualisation » majeure est proposée (Association Francophone d'Études et de Recherche sur les Troubles de la Personnalité, 2010) :

- La définition générale du trouble de la personnalité est modifiée :

Les troubles de la personnalité représentent une incapacité de développer un sentiment d'identité et un fonctionnement interpersonnel qui sont adaptatifs dans le contexte des normes et attentes culturelles de la personne. Pour parler d'un trouble de la personnalité, il faudra les cinq critères suivants :

A. Un échec d'adaptation qui se manifeste dans un ou les deux domaines suivants :

1) déficience du sens de sa propre identité comme manifesté dans un ou plus des aspects suivants :

- intégration de l'identité : notion de soi ou identité faiblement intégrée (un sens limité d'unité personnelle et de continuité, ressentir des états de soi changeants, croire que le soi présenté aux autres est une façade).

- intégrité du concept de soi : notion de soi ou identité appauvrie et peu différenciée (difficulté à identifier et décrire des attributs personnels, sentiment de vide intérieur, limites interpersonnelles peu délimitées, définition de soi qui change avec le contexte social).

- direction personnelle (self-directedness). Peu de direction personnelle (incapacité d'établir et d'atteindre des buts satisfaisants, manque de direction, de sens et de buts à la vie).

2) incapacité de développer un fonctionnement interpersonnel efficace comme manifesté dans un ou plus des aspects suivants :

- empathie : capacité altérée d'empathie et de réflexion.

- intimité : capacité altérée de relation intime.

- coopération : échec à développer la capacité de comportement prosocial, absence d'altruisme.

- complexité de l'intégration de la représentation des autres.

B. L'échec d'adaptation est associé à des niveaux extrêmes d'un ou plusieurs traits de personnalité.

C. L'échec d'adaptation est relativement stable à travers le temps et consistant à travers les situations avec un début qui peut être retracé au moins à l'adolescence.

D. L'échec d'adaptation n'est pas seulement expliqué comme une manifestation ou une conséquence d'un autre trouble mental.

E. L'échec d'adaptation n'est pas seulement dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une condition médicale générale.

- Les troubles spécifiques sont regroupés sous cinq types remplaçant les dix actuels : schizotypique, borderline, antisocial, évitant et obsessionnel-compulsif.

- Les critères des troubles spécifiques ont une structure très différente. Elle tient compte du niveau de fonctionnement dans les domaines décrits ci-dessus dans la définition générale, de la présence et de la sévérité de traits spécifiques à chaque type et de la présence et la sévérité de six traits plus généraux (émotivité négative, introversion, antagonisme, désinhibition, compulsivité et schizotypie).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) prépare une onzième version de la CIM prévue pour 2014.

L'APA (American Psychiatric Association) souhaite rendre le DSM-V aussi compatible que possible avec la section de la CIM-11 portant sur les troubles mentaux.

3. L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ

Nous avons vu que la construction de la personnalité s'inscrivait dans une perspective dynamique. La personnalité résulte en effet de l'interaction entre l'individu et son

environnement. L'individu est ainsi le « fruit » d'une contrainte biologique en situation. Les étapes premières du développement jouent un rôle prépondérant dans cette construction de personnalité (Guelfi, 1987).

Il nous paraît indispensable de revenir, dans cette partie, sur le concept d'attachement et l'œuvre de John Bowlby. Puis nous essaierons de définir les notions de traumatisme psychique, de compétence, de résilience, de vulnérabilité, de facteurs de risques et nous aborderons certaines situations, ou événements de vie de l'enfance qui paraissent, par leur existence et leur nature, à même de modifier le comportement et le fonctionnement psychique de façon transitoire ou durable et donc de modifier la construction de la personnalité de l'individu.

3.1 Le concept d'attachement

Avant la deuxième guerre mondiale, Bowlby a travaillé dans un centre de guidance infantile et s'intéressait déjà particulièrement aux effets pathologiques de la séparation précoce mère-enfant.

Sa notoriété lui vaut d'être désigné par l'Organisation Mondiale de la Santé pour mener une enquête sur la manière de minimiser les conséquences de la perte des parents chez les orphelins de guerre. En rencontrant les spécialistes de l'enfance les plus éminents d'Europe et d'Amérique, il perçoit qu'il existe un véritable consensus sur l'importance du lien mère (ou substitut)/ enfant.

Il est le premier psychanalyste à avoir proposé un modèle de développement et de fonctionnement de la personnalité (ou théorie des instincts) qui s'éloigne de la théorie des pulsions de Freud. Il privilégie ainsi la méthode expérimentale et les observations directes longitudinales. Il se démarque de Freud en s'appuyant pour ses travaux sur les apports scientifiques récents, essentiellement ceux de l'éthologie et la cybernétique. Il prend en compte l'idée que la personnalité se forme au cours de l'enfance et de l'adolescence. Le concept d'attachement est l'une des notions essentielles apportées par Bowlby. Il est en accord avec ses prédécesseurs pour reconnaître l'existence de besoins primaires, indispensables à satisfaire (la nourriture par exemple). Le besoin d'attachement, qui jusque-là, était qualifié de secondaire, est pour lui un besoin primaire et fondamental dans le développement de la personnalité. Il s'éloigne ainsi de Freud, pour qui, l'attachement de l'enfant n'est qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture. Son hypothèse repose sur la théorie du comportement instinctif dont un cas particulier avait été proposé par Lorenz, chez l'animal, sous le nom d'empreinte (Lorenz, 1978). Aussitôt après sa naissance, le caneton suit la première « Gestalt » en mouvement qu'il aperçoit, va l'adopter comme objet d'amour et comme représentant de son espèce. Pour Bowlby, chez l'Homme, il se produit un phénomène comparable. L'enfant manifeste un comportement d'attachement à sa mère.

L'attachement se déplace, au cours des cycles de la vie, de la mère aux proches, puis aux étrangers, et enfin à des groupes de plus en plus larges et devient un facteur aussi important dans la structuration de la personnalité que la nourriture pour la vie physique.

Pour que ce rôle de socialisation soit positif, il faut :

- que l'enfant ait la certitude de reprendre contact avec sa mère s'il le désire et au moment où il le désire et il devient alors capable d'explorer son environnement.
- que s'établisse une véritable concordance entre les demandes réelles de l'enfant et la capacité de la mère à y répondre de façon appropriée. Toute faille dans ce « dialogue » initial des premières relations (établies au cours de l'enfance et jusqu'à l'adolescence) peut avoir un impact décisif dans le développement de la personnalité et entraîner ultérieurement des troubles, plus ou moins graves, de l'ordre de la psychopathologie.

La nature de l'attachement dépend de la relation qui s'instaure entre la mère et l'enfant.

A partir des travaux de Bowlby, Ainsworth a recensé trois types d'attachement :

- L'attachement sûr est le plus répandu et concerne statistiquement les deux tiers d'une population donnée. Lorsque la mère disparaît, l'enfant proteste, puis peu à peu se console. A son retour, il manifeste sa joie, et une fois assuré de sa présence, retourne à ses activités. Quand un étranger arrive, il s'y intéresse.

- L'attachement anxieux évitant est le fruit d'une frustration dans la relation à la mère et alimente un fonctionnement psychique névrotique. L'enfant sent que sa mère ne le rassurera pas. Lorsqu'elle s'en va, il proteste peu et réagit peu à son retour. Il s'attache à bâtir son propre monde pour éviter les déceptions.

- L'attachement anxieux ambivalent s'exprime par une agitation excessive du bébé. La figure d'attachement est excitante mais pas rassurante (Ainsworth, 1978).

Dans le fil de ces travaux, Mary Main, a décrit une quatrième catégorie d'attachement, l'attachement insécuré de type désorganisé, qui semble correspondre en fait en l'impossibilité d'une véritable stratégie relationnelle.

L'attachement désorganisé, beaucoup plus rare, engendre des pathologies psychotiques et un socle identitaire fragile. Ce type d'attachement s'observe chez les enfants maltraités. La figure d'attachement est une source majeure d'angoisse. Il a besoin de ce parent qui invariablement l'insécurise. L'enfant développe alors une personnalité déstructurée et un comportement affectif désorganisé.

Dans tous les cas l'enfant s'attache, y compris à un parent qui le maltraite... Il recherche une sécurité que parfois il ne trouvera pas et c'est à ce moment-là, entre zéro et six ans, que le petit élabore ses points de repères affectifs, étape vitale dans la construction de sa personnalité.

L'attachement représente le « tremplin » qui permet à l'enfant de se propulser dans l'existence. Les modalités d'attachements précoces scellent ainsi les fondations de l'estime de soi et dessinent les futures relations aux autres.

3.2 La notion de stress et de traumatisme psychique

D'un point de vue purement descriptif, un traumatisme psychique correspond à un événement susceptible d'entraîner la mort, impliquant des menaces de mort, pouvant entraîner des blessures et des lésions corporelles majeures sur le sujet ou ses proches. L'événement traumatique peut être une catastrophe naturelle (tremblement de terre), une catastrophe humaine (accident d'avion), un acte délinquant (acte de terrorisme, viol, enlèvement, prise d'otages...) ou une situation de guerre. De manière habituelle, le terme de traumatisme est employé pour parler de l'événement mais aussi de sa conséquence, c'est-à-dire son impact psychique.

D'un point de vue psychodynamique, la conception du traumatisme psychique est différente. Cette notion de traumatisme psychique est dès l'origine au cœur de la théorie psychanalytique et occupe une place prépondérante au sein de l'œuvre de Freud, variant en fonction de l'évolution de sa pensée mais toujours articulée avec l'excitation.

Freud définit d'abord le traumatisme comme une expérience vécue, source d'une excitation telle que les moyens psychiques normaux et habituels ne peuvent suffire à la contrôler, ce qui entraîne l'apparition de troubles (définition économique). Le « pare-excitation » a subi, à cause du traumatisme, une effraction que toute l'énergie psychique tentera d'endiguer. Ainsi, la première théorie de la névrose fait jouer au traumatisme infantile réel un rôle crucial : la séduction sexuelle réelle exercée par un adulte sur l'enfant sera d'abord refoulée, mais ultérieurement, à l'âge adulte, un événement fortuit peut « après coup » lui donner une signification traumatique.

Par la suite, Freud renoncera à la réalité externe du traumatisme : en effet, tous les enfants subiraient-ils une séduction sexuelle réelle de la part des adultes ? Ainsi, dans « Inhibition, symptôme et angoisse », la situation traumatique devient interne (Freud, 1951). Le traumatisme psychique est alors défini comme une situation où le Moi craint d'être sans recours. Par conséquent, les excitations pulsionnelles internes deviennent aussi « traumatiques » que les menaces externes. Dans cette dernière hypothèse, l'accent est mis sur les fantasmes eux-mêmes et non sur la vie réelle. « L'essence d'une situation traumatique tient à la détresse éprouvée par le Moi en face de l'accumulation de l'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne » (A. Freud). En conséquence, d'un point de vue psychodynamique, sont traumatiques deux types d'événements :

- Les situations ou événements qui entrent en résonance avec les désirs ou craintes fantasmatiques actuels de l'enfant en fonction de son niveau de maturation. Par exemple, une séparation ou une mésentente parentale en pleine période œdipienne peut aller directement dans le sens du désir œdipien et susciter une culpabilité intense. « Ces traumatismes extérieurs deviennent intérieurs s'ils entrent en rapport ou coïncident avec la réalisation d'angoisses profondes ou de fantasmes de désirs ou encore lorsqu'ils les symbolisent » (A. Freud). On tend aujourd'hui à récuser le terme « traumatique » pour décrire ces situations et leurs conséquences qu'on appelle plus volontiers pathologies réactionnelles ou troubles de l'adaptation.

- Les événements de nature ou d'intensité tels qu'ils débordent les capacités adaptatives du Moi de l'enfant. On distingue :

- ceux qui aux yeux d'un observateur tiers ne représenteraient pas nécessairement un risque de « traumatisme ».

- ceux qui, du fait de leur brutalité, massivité et violence, paraissent submerger de façon systématique les capacités du sujet à faire face (coping). C'est à cette dernière situation que les termes de stress et traumatisme devraient être réservés.

En 1980, le DSM-III a introduit dans sa nosographie le trouble nommé « Post-traumatic Stress Disorder » qui se présente en deux temps. Un premier temps de blessure psychique (trauma) et un deuxième temps avec un retour du passé qui ne cesse d'être présent. Ce concept, créé pour décrire les troubles dont souffraient les adultes, vétérans de la guerre du Vietnam, ne recouvre qu'une partie des aspects des syndromes liés aux traumatismes psychiques. Le traumatisme a des effets beaucoup plus larges et ceci est d'autant plus vrai chez l'enfant.

Des témoignages de réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et au cours de l'histoire de nombreuses observations de troubles post-traumatiques ont été rapportées.

Mais l'intérêt pour ces troubles est bien plus récent. La première description d'une névrose traumatique a été faite par Pinel en 1809. C'est ensuite Oppenheim, neurologue allemand, qui va utiliser en premier le vocable de névrose traumatique. De nombreux psychanalystes travailleront sur la place du traumatisme dans le développement de la psyché. Il faut entre autre citer Ferenczi et Winnicott en raison de leurs travaux sur « l'endommagement narcissique » du sujet par une absence de réponse adéquate de l'objet face à une situation de détresse, absence qui mutile le Moi et maintient un état traumatique quasi permanent. A. Freud et D. Burlingham sont les premières à s'être intéressées aux conséquences des traumatismes psychiques chez les enfants et ont distingué les traumatismes isolés et les syndromes de répétition (Burlingham, 1949).

3.3 La notion de compétence et de résilience

Hartmann avait déjà évoqué une certaine « précapacité d'adaptation » du Moi, dépendant de l'équipement neuro-sensoriel de base (mémoire, perception, mobilité,...) (Hartmann, 1978). Cette expression tend à être remplacée de nos jours par celle de compétence qui prend en compte non seulement l'équipement de base mais aussi la plasticité adaptative du nourrisson à son environnement, ses capacités d'adéquation au maternage qu'il reçoit, ses facultés de trouver en lui-même les moyens de se stabiliser (par exemple, la « consolabilité »). Le cerveau apparaît comme une structure plastique dont le développement post-natal se réalise principalement sous l'effet de stimuli extérieurs. Le stress augmente donc la plasticité cérébrale mais une tension prolongée entraîne un syndrome d'anxiété chronique. Tout est question d'intensité et de temporalité. De nombreuses études ont montré grâce à la mise au point d'échelles d'évaluation précises, l'extrême précocité d'apparition de cette compétence ainsi que sa variabilité d'un enfant à l'autre, même chez des jumeaux homozygotes (Cohen). L'échelle qui semble la plus utilisée aujourd'hui est celle de Brazelton (Brazelton, 1983). C'est une échelle d'évaluation du comportement néonatal qui évalue notamment la compétence interactive du nourrisson.

A côté de la notion de compétence, la notion de coping (faire face) ou de maîtrise est souvent évoquée. C'est la « capacité de vaincre activement un obstacle né d'exigences intérieures, de stress environnementaux, et de conflits entre des pressions internes et environnementales » (Solnit, 1982).

La résilience est un incontournable concept très actuel et très médiatisé. Il n'y a pas encore de consensus quant à sa définition. Etymologiquement, le mot « résilience » provient du latin « *rescindere* » qui peut se traduire par l'action d'annuler une convention, un acte (résilier), ainsi que de « *resilire* » qui signifie « sauter en arrière ». Le mot « résilience » est né en physique et désignait l'aptitude d'un corps à résister à un choc. Quand il est passé dans le domaine des sciences sociales, il a signifié « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (Cyrulnik, 1999).

Bowlby a terminé sa vie en souhaitant l'ouverture de travaux sur la résilience. Cyrulnik a participé à l'utilisation du concept dans les champs psychologiques et psychopathologiques francophones et poursuivant les idées de Bowlby, il souligne la notion de liberté intérieure, de libération, de dégagement par rapport à un passé trop lourd (Cyrulnik, 1998).

Actuellement, tous les auteurs s'accordent pour tenir compte, dans ce processus de résilience, de facteurs individuels et contextuels interagissant entre eux. Ainsi, Cyrulnik dit que la résilience peut être considérée comme un « tricot » qui noue une « laine développementale » avec une « laine affective et sociale ».

Nous allons donc revenir sur certains des facteurs opérants dans ce processus de résilience, c'est-à-dire des facteurs susceptibles de participer au dépassement du traumatisme.

Tout d'abord, les bases neurobiologiques ne sont pas à négliger. C'est la « compétence » du sujet avec son équipement neuro-sensoriel de base et la plasticité adaptative. Il est, à ce jour, impossible de préciser exactement le substrat génétique au processus de résilience. Mais les avancées dans le domaine des neurosciences permettent de montrer que certaines zones cérébrales sont impliquées dans le processus. Les individus résilients semblent posséder, entre autre, une puissante inhibition de l'activité amygdalienne sous l'effet du cortex pré-frontal (Fossion, 2005). Ensuite interviennent bien sûr le tempérament de base et les attitudes conatives. Un

élément régulièrement souligné, dans les travaux centrés sur la résilience, est le « lieu de contrôle ». Il s'agit de l'attribution faite par le sujet de la responsabilité des événements de vie, qu'ils lui soient positifs ou négatifs. L'attribution interne (ou lieu de contrôle interne) correspond au fait que les succès sont dus aux actions portées par l'individu concerné et que les échecs résultent de concours de circonstances regrettables (manque de chance). La logique inverse définit l'attribution externe (s'attribuer la responsabilité des échecs et estimer les succès grâce à la chance). Les stratégies de coping influencent également le processus. Coutu décrit les individus capables d'exploiter toutes les ressources disponibles pour improviser des solutions aux problèmes (Coutu, 2002). Cyrulnik précise que tous ceux qui s'en sont sortis ont élaboré, très tôt, une « théorie de la vie » qui associe entre autre le rêve et l'intellectualisation. Il fait allusion au rôle de la poésie, de l'humour et donne pour exemple le film de Roberto Benigni « La vie est belle ». « L'humour, d'un seul trait métamorphose une situation, transforme une pesante tragédie en légère euphorie » (Cyrulnik, 1999). Donc, les aptitudes cognitives, au sens large, participent à ce processus de résilience. Il y a aussi la notion de vulnérabilité sur laquelle nous allons revenir ensuite. Le sujet résilient est celui qui réussit à jouer sur la perméabilité aux stimuli extérieurs (Barudy, 2007).

L'environnement joue un rôle capital dans ce processus et ce dès les premiers jours de la vie. Cyrulnik parle de « tuteurs de développement » (Cyrulnik, 1999). En s'appuyant sur les travaux de l'attachement, il y a tout lieu de penser que le processus de résilience se met en place dès les premiers jours de la vie, la qualité des interactions précoces participant à la mise en place des modèles internes opérants (Bowlby, 1978).

La résilience se « tricote » ainsi avec des milliers de déterminants et cela explique l'absence de consensus concernant sa définition.

Cyrulnik précise aussi que le concept de résilience désigne ce qui fait rebondir face aux coups du sort et non une aptitude au bonheur... (Cyrulnik, 1999).

3.4 La notion de vulnérabilité

Cette notion est initialement décrite par Freud, puis reprise par Escalona à travers l'hypothèse d'une « barrière protectrice contre les stimuli » (Escalona, 1980). Pour ces auteurs, cette barrière présente une épaisseur variable selon les enfants. Dans certains cas, la barrière est trop mince d'où une sensibilité excessive sans possibilité de se protéger contre les inévitables intrusions ou maladroresses de l'environnement et dans d'autres cas, elle est trop épaisse, d'où une sensibilité défectueuse qui ne permet pas au Moi de faire les bonnes expériences précoces nécessaires. Cette vulnérabilité est d'origine constitutionnelle génétique mais aussi se construit par la structuration épigénétique progressive. Cette construction épigénétique de la vulnérabilité peut être comprise comme le résultat de la perception par le nourrisson puis l'enfant de sa possibilité d'anticiper sur les événements et d'en modifier le cours par sa propre compétence ou au contraire, son incapacité majeure à influencer en quoi que ce soit sur le cours des événements. Le cas des enfants victimes de sévices illustre le développement épigénétique de cette vulnérabilité.

3.5 Les événements de vie et facteurs de risques

Des « événements de vie » très divers peuvent représenter des « facteurs de risques ». On appelle « facteurs de risques » toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité mentale supérieur à celui qu'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques. Ces « facteurs de risque » sont maintenant bien connus.

Chez l'enfant, sont retrouvés, la prématurité, la souffrance néonatale, la jumeauité, la pathologie somatique précoce, les séparations précoces, une maladie somatique chronique.

Dans la famille, sont retrouvés, la séparation parentale, la mésentente chronique, l'alcoolisme, la maladie chronique, en particulier d'un parent, le couple incomplet, le décès.

Dans la société, sont retrouvés, la misère socio-économique, la situation de migrant. Ces variables ne sont pas indépendantes et fréquemment, elles se renforcent avec des effets cumulatifs.

Il convient de distinguer les événements uniques, ponctuels, n'impliquant pas les proches et les valeurs de la famille et les événements qui durent et se répètent en impliquant les proches et les valeurs familiales (A. Freud ; D. Burlingham).

Il convient également de dire qu' « aucun facteur spécifique de risque ne permet de prédire la psychopathologie ultérieure », « la prédiction est statistique et non individuelle » (Escalona, 1980).

3.5.1 La carence affective

La carence affective a fait l'objet de nombreuses recherches dans les années 40 à 60. Les travaux de Bender, Despert, Spitz aux Etats-Unis, d'A. Freud, Bowlby en Angleterre, de David en France témoignent de l'intérêt porté à cette question.

La carence affective est multiple, tant dans sa nature que dans sa forme. Il est impossible de la définir de manière univoque car il faut tenir compte dans l'interaction mère-enfant de trois dimensions :

- l'insuffisance d'interaction qui renvoie à l'absence de la mère ou du substitut maternel (placement institutionnel précoce).
- la discontinuité des liens qui met en cause les séparations quels qu'en soient les motifs.
- la distorsion qui rend compte de la qualité de l'apport maternel (mère chaotique, imprévisible).

La carence affective produit des effets variables selon sa nature, sa durée, selon l'âge de l'enfant et selon la qualité du maternage qui l'a précédée. En pratique les interférences et les effets cumulatifs entre les trois types de carence sont fréquents.

Les psychoses infantiles ne paraissent pas particulièrement plus fréquentes dans cette population, tout comme les organisations névrotiques bien structurées. En revanche, les pathologies comportementales, les passages à l'acte sont fréquents. Au plan structurel, certains enfants qui vivent dans les « familles-problèmes » ne paraissent pas avoir pu différencier leur Surmoi de l'Idéal du Moi (marqué avant tout par le vide, l'absence et l'impuissance). Cette carence narcissique de base est sans cesse déniée soit par la fragile adaptation de surface, soit par le passage à l'acte.

3.5.2 Les pathologies affectives et mentales des parents

La maladie mentale d'un ou des parents constitue un facteur de risque certain, statistiquement corrélé avec l'apparition de troubles du développement très diverses et la corrélation entre les troubles pendant l'enfance et les troubles à l'âge adulte n'est pas stricte. L'hypermaturité ou la surnormalité s'observe assez souvent : soit un hyperinvestissement scolaire et intellectuel avec une menace de brusque effondrement, soit une attitude de retrait mais au prix d'une limitation des affects (Bourdier, 1972). Ce conformisme peut être compris comme l'investissement défensif de la normalité avec la constitution d'une personnalité « as if ». L'hyperinvestissement des fonctions du Moi (hypermaturité) est possible tant que les exigences pulsionnelles ne sont pas excessives, mais cet investissement menace toujours de s'effondrer en cas de stress ou à l'adolescence.

Ces enfants sont une population à risque psychiatrique mais la nature et l'importance de ce risque sont variables et rappelons toujours que la vulnérabilité est variable d'un enfant à l'autre.

A titre d'exemple, la dépression maternelle n'entraîne pas de façon systématique une pathologie dépressive chez l'enfant mais elle provoque un manque interactif dont on peut penser qu'il sera susceptible ultérieurement de créer chez l'enfant une susceptibilité particulière à tous les événements impliquant une perte. L'hypothèse formulée par A. Green, à partir d'analyses d'adultes est que l'image de la « mère morte » est une image constituée dans la psyché de l'enfant suite à une dépression maternelle. Cela mobilise une grande part de l'énergie psychique du futur adulte et maintient une grande fragilité narcissique (Green, 1983).

3.5.3 Les familles dissociées, recomposées et monoparentales

La mésentente parentale et le divorce représentent, en termes épidémiologiques, des facteurs de morbidité et de vulnérabilité générale et non des facteurs étiologiques précis.

Rutter note que « le principal facteur de trouble à long terme n'est pas la séparation elle-même mais bien plutôt la discorde familiale si souvent associée à la séparation ». Selon lui, un facteur de bon pronostic serait alors le maintien d'une bonne relation avec au moins l'un des parents et « il ne semble pas que cela fasse une différence que la bonne relation soit avec un père ou avec une mère » (Rutter, 1998).

Les effets de toutes ces situations à risque sont variables en fonction de l'âge de l'enfant, de sa maturité, sa sensibilité, sa vulnérabilité.

3.5.4 L'enfant migrant

Il faut noter l'importance des mouvements migratoires qu'imposent les sociétés modernes. Il ne faut pas méconnaître les « migrations internes » telles que le passage du petit village natal à la banlieue, les déménagements fréquents, la rupture par exemple avec les grands-parents, une assistante maternelle ou les condisciples de l'école. Il va sans dire que l'enfant migrant venant d'un pays étranger devra faire face aux mêmes problèmes avec en outre les changements linguistiques, culturels, climatiques, dans des conditions socio-économiques souvent médiocres. Marie-Rose Moro (Professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Paris Descartes) nous dit que la clinique inscrite dans notre société multiculturelle doit se poser la question des migrations et de leur impact parfois traumatique sur les êtres, les croyances, les trajectoires et les filiations (Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées, 2011).

3.5.5 L'enfant prématuré

Un prématuré né dans une famille de classe sociale défavorisée court des risques élevés alors que, si on exclut les prématurés présentant des signes d'une lésion neurologique, il n'y a presque pas de différence évolutive à court et moyen termes entre les enfants prématurés et ceux nés à terme dans les classes moyennes ou supérieures. L'avenir psychosocial de l'enfant prématuré est encore assombri par la fréquente distorsion ou carence relationnelle familiale. Parmi les enfants victimes de sévices, on compte 26% de prématurés (Schothorst, 1996).

4. LES ÉTATS LIMITES OU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le concept nosologique d'état limite a été élaboré dans les années 1940-1950 dans les pays anglo-saxons sous le vocable de *borderline*.

Le terme *borderline* avait lui-même été employé pour la première fois en 1883 par un psychiatre anglais, Hugues, aux États-Unis pour désigner des symptômes physiques survenant au cours d'affections psychiatriques.

Puis le terme va tomber dans l'oubli pendant une soixantaine d'années pour être repris, dans les années 1940-1950, pour évoquer des états cliniques que l'on ne pouvait rattacher ni à la névrose ni à la psychose, malgré des traits communs à l'une et à l'autre.

Le terme ne sera consacré en France dans sa traduction d'état limite qu'en 1970, date de la mise au point du psychanalyste Jean Bergeret dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Bergeret, 1970).

Pour essayer de comprendre ce que recouvre ce concept d'état limite, il nous paraît indispensable d'en reprendre tout d'abord l'histoire puis la description phénoménologique, les différentes formes cliniques, la psychopathologie, les antécédents psychiatriques et les événements de vie traumatiques et enfin de présenter les dernières données sur le diagnostic, l'épidémiologie, l'évolution, les neurosciences et le traitement.

4.1 Historique

D'un point de vue historique, nous prendrons comme date charnière l'année 1970, à savoir la parution dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale de la mise au point faite par Jean Bergeret.

4.1.1 Les états limites avant 1970

Le terme de névrose a été forgé par l'Écossais Cullen en 1777 et celui de psychose à Vienne en 1845 par Feuchtersleben. Les psychiatres n'auront de cesse d'essayer de préciser les délimitations de ces deux termes. Malgré leurs efforts, il persistait toujours des tableaux cliniques ne pouvant être confondus ni avec la névrose ni avec la psychose. Avant 1970, on peut repérer deux courants principaux :

Celui des psychiatres cliniciens classiques qui essaient d'identifier ces tableaux cliniques comme des formes mineures de psychose.

Celui des psychanalystes qui ont plutôt tendance à créer un espace intermédiaire entre le fonctionnement psychotique et le fonctionnement névrotique.

Bien que très différents, ces courants de pensée vont converger face à « l'observation de plus en plus fréquente de cas qui ne se laissent pas facilement décrire en des termes classiques » (Allilaire, 1985).

Cela va aboutir à l'émergence, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, du concept nosologique d'état limite.

4.1.1.1 Les cliniciens classiques

Déjà entre 1885 et 1890, l'Allemand Kahlbaum décrit l'héboïdophrénie à la limite entre psychose et psychopathie. Il distingue en effet les héboïdophrénies des « démences précoces », par leur propension à la délinquance et la prévalence des troubles caractériels sans déchéance terminale.

Kraepelin en 1893 puis Bleuler, en Allemagne, parlent de schizophrénie « latente », de forme atténuée de démence précoce, d'organisation psychotique schizomorphe, de schizophrénia complexe, de schizothymie.

Magnan, en France, en 1893 évoque des formes de maladies mentales particulières par leur évolution que sont les délires curables.

Kretschmer en 1921, en Allemagne, décrit la schizoïdie, concept repris également par Minkowski en France en 1924. Il s'agit d'une forme clinique de schizophrénie avec inhibition et impulsivité conduisant à une inadaptation sociale sans survenue de processus dissociatifs.

Claude en 1939 à Saint-Anne, décrit sous le terme de schizonévrose, un tableau clinique évoluant par crises, se développant comme une forme d'existence névrotique mais avec un syndrome dissociatif, bien que peu accusé, et un caractère schizoïde. Il parle aussi de schizose et schizomanie.

Zillboorg en 1941 en Allemagne évoque la schizophrénie ambulatoire.

Delmas-Marsalet, Lafon et Faure décrivent en 1942, à Bordeaux, les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie, en mettant l'accent sur le passage possible de l'obsession à l'hallucination psychique et du sentiment de dépersonnalisation à l'idée délirante d'action extérieure.

Hoch et Polatin en 1949, à New York, décrivent des formes pseudo-névrotiques de la schizophrénie chez des sujets narcissiques, susceptibles, distinguant mal réalité et fantasmes, souvent pervers sexuels avec traits prégénitaux, avec un manque d'empathie et une difficulté à régler l'agressivité.

Ey en 1955, en France, reprend le terme de schizonévrose pour des tableaux où coexistent des comportements névrotiques polymorphes et des décompensations psychotiques aiguës. Pour Ey, il s'agit de « l'aboutissement d'un processus entraînant la dislocation brusque d'un système névrotique jusque-là relativement bien organisé ».

Palem dans sa thèse de Bordeaux en 1958 parle d'états mixtes et transitionnels schizonévrotiques dont quatre aspects sont caractéristiques :

- le polymorphisme de la sexualité.
- une anxiété envahissante et diffluente.
- une singulière transparence à l'inconscient avec intensité du transfert.
- la possibilité de survenue de bouffées délirantes (correspondant aux « accès schizomaniques » de Claude et aux « attaques micropsychotiques » de Hoch et Polatin).

Pour lui, il faut considérer deux types d'états schizonévrotiques :

- de simples formes de passage de la névrose à la psychose ou de la psychose à la névrose.
- des formes d'existence relativement permanente avec des déséquilibres entretenus toujours très angoissants qui peuvent durer longtemps et glisser un jour ou l'autre vers des structures plus stables névrotiques ou psychotiques.

Voilà donc la longue liste de termes utilisés pour désigner des états frontières de la nosologie dont la description clinique s'accorde avec celle actuelle des états limites sans parvenir à se détacher à l'époque du groupe des psychoses.

Tableau 2 : Historique des États Limites

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| France | USA 1883 Hugues borderline | Allemagne |
| | 1890 | Kahlbaum Héboïdophrénie |
| Magnan délires curables | 1893 | Kraepelin-Bleuler Formes atténuées de démence précoce |
| | 1921 | Kretschmer schizoïdie |
| Minkowski Schizoïdie Claude Schizose et schizomanie | 1924 | |
| Claude schizonévrose | 1939 | |
| | 1941 | Zillboorg Schizophrénie ambulatoire |
| | 1949 | Hoch et Palatin Schizophrénie pseudo névrotique |
| Ey schizonévrose | 1955 | |
| | 1958 | Palem Etats mixtes et transitionnels schizophréniques |

4.1.1.2 Les psychanalystes cliniciens

Il s'agit essentiellement des psychanalystes anglo-saxons qui vont le plus souvent essayer d'isoler un espace spécifique entre névrose et psychose.

Helen Deutsch en 1934, décrit les personnalités « as if » qui s'expriment dans la recherche de leur identité (distorsions des relations d'objets internalisés, manque d'authenticité dans leurs relations à autrui avec des variations de comportement selon l'interlocuteur, mais qui donnent l'illusion de la normalité) ; (Deutsch, 2007). Ce courant d'idées a été poursuivi avec Winnicott et le concept de *faux-self* (en 1956) ; (Winnicott, 1988). Ils décrivent des patients aux prises avec des angoisses psychotiques mais sans les considérer véritablement psychotiques eux-mêmes. Pour Helen Deutsch, une carence affective précoce provoque ce sentiment de vide qui donne ce côté d'inauthenticité et de froideur affective à la personne qui s'en protège par une identification au désir de l'autre. Winnicott, quant à lui, fait l'hypothèse d'une perturbation de « holding maternel » (maternage) : l'enfant aurait eu à lutter contre une part malade de la mère ayant eu le désir inconscient de détruire son bébé, ce qui serait à l'origine du rempart défensif du « faux self ».

Stern remet le terme *borderline* à l'honneur. Il est psychiatre et fait partie du premier groupe de psychanalystes américains. Il publie en 1938, année où Freud s'exile à Londres, un article intitulé « Investigations psychanalytiques et abord thérapeutique dans un groupe *borderline* des névroses » où il décrit ces sujets ni névrosés ni psychotiques, présentant un fort sentiment d'insécurité diffuse avec anxiété intense devant toute désapprobation, hyperesthésie affective, défaillance de l'estime de soi, une instabilité affective et il fait l'hypothèse qu'ils sont paralysés par un traumatisme psychique (Stern, 1938). Sous la façade névrotique, il repère les traces, non pas d'une civilisation primitive, mais d'un désastre primitif non intégré et la fragilité du Moi. Il parle de psychose de transfert qui se développe chez ces patients lors de cures analytiques avec le clivage comme mécanisme de défense.

Fairbairn en 1940 parle de personnalités schizoïdes.

Eisenstein en 1949, insiste aussi sur les risques majeurs, chez ces sujets, de décompensation psychotique transitoire au cours d'une prise en charge analytique d'autant plus que celle-ci est réalisée sans aménagement préalable.

Wolberg en 1952 dans l'article « The borderline patient » et Frosch en 1953 affirment que ces patients ne sont pas des sujets psychotiques et en donnent une description moderne. Ils séparent, les patients ayant présenté un syndrome psychotique transitoire et conservant une épreuve de réalité, des vrais psychotiques. Malgré le recours à des défenses plus primitives que celles des patients névrosés, les patients limites garderaient une épreuve de réalité, contrairement aux sujets psychotiques. Wolberg précise également les mécanismes répétitifs d'allure sadomasochiste qui régissent les relations interpersonnelles de ces patients, assimilables à une relation parent-enfant ambivalente.

Knight en 1953, insiste sur l'altération des fonctions normales du Moi et sur « l'affaiblissement sévère des processus secondaires de pensée, intégration, projets réalistes, adaptation à l'environnement, maintien de relation d'objet et défense contre les impulsions primitives inconscientes ». Knight rattache néanmoins ces états, qu'il ne considère que comme une étape transitoire de la vie du patient, à la schizophrénie. Schimberg en 1959, décrit un *borderline* qui rappelle le tableau du « déséquilibré » de Borel en soulignant qu'il n'est pas à mi-chemin entre névrose et psychose mais que la juxtaposition de ces deux modalités produit quelque chose de qualitativement différent. Elle décrit une organisation « stable dans l'instabilité », « limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et de la psychopathie ». Le tableau qu'elle propose n'est pas sans rappeler celui que retiennent les instruments diagnostiques contemporains. Elle insiste sur le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à

l'angoisse ou aux affects dépressifs de ces patients, sur leurs comportements excessifs, la tendance à agir pour lutter contre le vide intérieur, une intolérance à la frustration et leurs troubles du jugement (Schmideberg, 1959).

Erikson en 1959, parle des troubles de l'identité.

Balint en 1960 parle de personnalités présentant un « défaut fondamental ».

Gressot en 1960, décrit le sentiment de « double réalité » vécu par ces patients.

Bouvet en France parle de « névrose de dépersonnalisation ».

Modell en 1963, emploie la métaphore du « porc épic » à l'encontre des borderline pour illustrer leur mode de relation de type anaclitique coexistant avec l'« angoisse du rapproché » ainsi que leur fragilité identificatoire : « pouvoir dormir suffisamment près de ses congénères pour en tirer chaleur et quiétude tout en restant suffisamment éloigné pour ne pas être menacé d'être transpercé par leurs piquants » (Modell, 1963).

Marty et De M'Uzan en 1963 évoque les troubles psychosomatiques avec la pensée opératoire.

Federn (1947), Garcia (1954), Palem (1958), Parkin (1966), Winnicott (1971), Abraham, Klein, Bouvet (1952), Green (1964) privilégient le concept de "défense névrotique de la personnalité contre la psychose".

Grinker, Werble et Drye en 1968 à Chicago font la première étude d'ensemble de l'état limite validée statistiquement à partir de données psychiatriques et psychanalytiques (analyse multifactorielle de données recueillies chez 51 sujets) ; (Grinker, 1968).

L'analyse statistique a permis d'identifier un syndrome spécifique stable avec quatre composantes fondamentales :

- l'agressivité comme seul affect éprouvé.
- les relations affectives anaclitiques, dépendantes ou complémentaires, jamais réciproques.
- un trouble de l'identité.
- la dépression non mélancolique sans sentiment de culpabilité mais liée à un sentiment de solitude.

Selon Grinker, le « syndrome état limite » présente quatre sous-groupes :

- état limite à la limite de la psychose avec comportements inappropriés, conduites négatives et coléreuses, défaut de perception de soi et de la réalité.
- noyau de l'état limite avec oscillations permanentes dans la relation à autrui, passages à l'acte rageurs ou agressifs, dépression et trouble de l'identité.
- personnalité « as if » adaptative avec comportements adaptés, relations de complémentarité, pauvreté des affects, manque de spontanéité, défenses de type repli-intellectualisation.
- état limite névrotique proche de la névrose de caractère narcissique.

Ce travail a été critiqué par des psychanalystes qui y voyaient une réduction du discours psychanalytique à un discours psychiatrique.

4.1.2 Les états limites après 1970

4.1.2.1 Aux USA

Masterson en 1971 évoque à propos de l'étiologie des états limites, le rôle des carences affectives maternelles au stade de développement précoce de « séparation-individuation », en parlant de « dépression d'abandon ».

Kohut en 1974 a rapproché la personnalité borderline du trouble narcissique. Il étudie le narcissisme et le dissocie du développement libidinal. Il décrit chez les sujets « états limites » l'inaptitude à réguler l'estime de soi et invente le concept de « Soi-grandiose ».

Searles en 1976 évoque le « processus d'identités duelles ou multiples » (Searles, 1994). Searles a consacré plusieurs ouvrages depuis 1969 à ce type de patients.

Kernberg, dans les années 1970, apporte une étude complète des états limites et les situe en position intermédiaire entre névrose et psychose, dans une classification hiérarchique allant du niveau du Moi le mieux intégré du côté de la névrose, à son niveau le moins intégré du côté de la psychose. Il s'agit pour lui d'une organisation pathologique stable et spécifique de la personnalité (Kernberg, 1979).

Gunderson s'est intéressé longuement à ce concept.

Il a d'abord résumé quatre phénomènes cliniques responsables de la poursuite de l'intérêt psychanalytique pour la population état limite.

- Premièrement, certains patients qui fonctionnent apparemment bien, en particulier selon les tests psychologiques, présentent néanmoins des scores inadaptes de modes de pensées dysfonctionnelles (« pensée primitive » en termes psychanalytiques) par rapport à des tests non structurés.

- Deuxièmement, un groupe d'individus qui apparaît, à priori, pouvoir bénéficier d'une psychanalyse, tend à très peu progresser durant le traitement et nécessite souvent l'arrêt de l'analyse et une hospitalisation.

- Troisièmement, un groupe qui, contrairement à la majorité des patients, a tendance à se détériorer « comportementalement » parlant, dans des programmes ambulatoires de traitement et de soutien, et en hospitalier.

- Quatrièmement, des individus qui engendrent de manière caractéristique une colère et un désarroi intense chez les soignants (Gunderson, 1984).

Puis, Gunderson a dégagé, à partir de plusieurs études successives, les traits les plus spécifiques et en a retenu six : l'impulsivité, les actes auto-agressifs répétés, les affects dysphoriques chroniques, les distorsions cognitives transitoires, les relations interpersonnelles intenses et instables et enfin la peur chronique d'être abandonné (Gunderson, 1996).

C'est cet auteur qui a élaboré le premier instrument standardisé de diagnostic du trouble borderline : le « Diagnostic Interview for Borderline » (DIB) ; (Gunderson, 1981).

Perry et Klerman, en 1980, ont extrait cent quatre traits diagnostiques de la personnalité borderline décrits dans la littérature. Il existait donc une faible congruence qui reflétait l'hétérogénéité d'un concept aux multiples sous-types. Ils ont donc tenté de décrire plus spécifiquement ce trouble à l'aide d'une échelle d'évaluation qu'ils ont créé (« Borderline Personality Scale » : BPS). Ils ont ainsi dégagé les caractéristiques suivantes : le sujet borderline est narcissiquement préoccupé par lui-même, sans empathie, vulnérable au stress et ayant un faible sens de son identité.

L'« American Psychiatric Association » a introduit le concept d'état limite dans sa nosographie à partir de 1980, date de la 3^{ème} version du DSM. A la suite des études familiales danoises utilisant la définition de la « schizophrénie borderline » de Hoch et Polatin et retrouvant un lien génétique entre personnalité borderline et schizophrénie, les auteurs de la troisième édition du DSM ont cherché à distinguer la personnalité

borderline du spectre schizophrénique. L'Association Américaine de Psychiatrie a en effet proposé, en 1979, aux cliniciens américains de séparer leurs patients répondant plutôt aux critères de la schizophrénie pseudo-névrotique, de ceux répondant aux critères borderline de Gunderson. C'est ainsi que deux types de personnalité distinctes et indépendantes ont pu être dégagés et retenus dans le DSM-III : la personnalité schizotypique et la personnalité borderline :

- la personnalité borderline est alors caractérisée par l'impulsivité et l'instabilité avec instabilité affective, relations intenses et instables.

- la personnalité schizotypique regroupe plutôt les notions anciennes de « schizophrénie pseudo névrotique » (Hoch et Polatin), de « schizophrénie latente » (Bleuler), de « schizophrénie ambulatoire » (Zilboorg).

Le DSM-III, traduit en français en 1983, conservait le terme « limite » avec le terme « borderline » mis entre parenthèses.

Le DSM III-R en 1987 met l'accent sur les problèmes d'identité et de relations interpersonnelles, les troubles de l'humeur et l'impulsivité. Il introduit aussi la possibilité de comorbidités psychiatriques.

Le DSM-IV en 1994, traduit en français en 1996 n'utilise que le terme « borderline ». Il propose des modifications plus importantes allant dans le sens d'un rapprochement avec les critères de Gunderson. On note l'intégration, au sein des critères diagnostiques, d'un 9^{ème} critère qui est celui de « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ». Le critère d'intolérance à la solitude du DSM-III-R se limite à une intolérance à l'abandon dans le DSM-IV où il est également précisé que l'abandon peut être réel ou imaginaire ce qui est une manière d'introduire la dimension fantasmagorique. Les auteurs minimisent la comorbidité avec la dépression majeure. Dans le critère « instabilité affective », le terme « dépression » a en effet été remplacé par celui de « dysphorie épisodique intense ». Le critère explorant les perturbations identitaires, jugé insuffisamment spécifique, a fait l'objet d'une redéfinition et la notion d'ennui chronique a été supprimée et remplacée par « sentiment chronique de vide ». Cette modification contribue à donner une place plus importante à l'impression de vide qui constituerait le symptôme essentiel, nucléaire, de la personnalité limite.

Le DSM-IV-TR (2000), traduit en français en 2003 n'apporte pas de nouveauté dans la définition du trouble de personnalité borderline par rapport au DSM-IV.

Il faut noter que la hiérarchie des critères diagnostiques est différente dans chacune des versions du DSM et ce sont donc les conclusions de Gunderson qui ont été prises en compte pour les critères diagnostiques des DSM successifs.

La publication du DSM-V est prévue pour mai 2013. Le manuel est encore en développement et les révisions proposées ne sont pas finales. Le concept d'état limite y est rattaché aux troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2010).

L'Organisation Mondiale de la Santé a longtemps ignoré dans ses classifications le trouble. Ce n'est que dans la 10^{ème} et pour l'instant dernière révision de la CIM, en 1992 (CIM-10), que l'OMS a retenu pour la première fois le trouble borderline, classé comme un sous-type d'une catégorie de personnalité intitulée « émotionnellement labile », à côté du sous-type « impulsif ». En n'accordant pas un statut autonome à la personnalité borderline, les auteurs de la CIM-10 insistent sur le fait qu'il s'agit avant tout d'un trouble de la labilité émotionnelle. Auparavant, dans la CIM-9, la personnalité « épileptoïde » semblait présenter des critères correspondant à la personnalité borderline.

4.1.2.2 En France

Le psychanalyste Jean Bergeret fait paraître, en 1970, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale son article sur les états limites. Il déclare avoir fait cette mise au point pour éviter que le diagnostic d'état limite ne devienne, selon ses termes, « un vaste fourre-tout assez informe si l'on ne cherchait pas à mettre un peu de clarté sur le plan de l'économie profonde et de l'unité d'organisation commune à tous ces syndromes autrefois bien épars... » (Bergeret, 1970).

Il fait une mise au point sur les différentes conceptions de l'état limite considéré soit :

- comme une forme mineure de psychose.
- comme une forme majeure de névrose.
- comme une forme de passage entre névrose et psychose.
- comme une forme occupant une situation nosologique indépendante.

Il cite aussi la synthèse de Gressot et Schmitz pour qui il existerait dans l'état limite une forme d'organisation du Moi, régressive et narcissique ayant dépassé le morcellement psychotique et n'ayant pas pu atteindre la fixation du conflit œdipien. C'est cette conception qui orientera sa recherche.

Pour Bergeret, l'état limite constitue, comme pour Kernberg, une troisième lignée psychopathologique entre névrose et psychose sans signe névrotique ni décompensation psychotique franche. Mais contrairement à Kernberg, il en fait une structure labile et évolutive (Bergeret, 1974).

Green en 1975 dans « la folie privée, psychanalyse des cas limites » estime que les états limites ne sont pas réductibles à une catégorie nosographique mais qu'ils se situent à la frontière entre névrose et psychose avérée, le terme de limite désignant pour lui « le lien fragile entre dehors et dedans, le moi et l'autre » (Green, 1990). Il évoque les craintes archaïques contradictoires auxquelles sont soumis ces patients qui, en deçà de l'angoisse de castration névrotique, alternent entre « angoisse de séparation » et « angoisse d'intrusion ». Pour Green, clivage, « dépression essentielle » et efforts considérables pour « s'interdire de penser » sont des mécanismes clés qui permettent de distinguer l'état limite de la névrose, comme le permet aussi la relation d'objet. Il a appelé ce trouble « psychose blanche », « folie ordinaire ». Pour Green, ce sont des gens qui vivent dans une sorte de « no man's land », tournant sans cesse autour d'un rond point quelconque d'où ils peuvent prendre plusieurs directions sans s'engager dans aucune (dépression, perversion, troubles du caractère, ou maladies psychosomatiques) ; (Green, 1983).

Widlöcher en 1979 préfère le terme d'organisation à celui de structure pour parler des états limites. L'organisation recouvre pour lui un système d'attitudes et d'opérations de pensée cohérent et stable malgré l'hétérogénéité des tableaux cliniques. Il distingue les états limites du conflit névrotique par leurs modalités de représentations de soi et des objets (perçues et traitées comme telles par le patient névrotique, fonctionnant comme des parties de soi, des « introjects » pour le patient limite). Il différencie l'organisation limite des organisations psychotiques grâce à des critères négatifs (absence de confusion entre le monde intérieur et extérieur, absence de dissociation de l'appareil psychique). Il souligne le rôle décisif des mécanismes de projection dans la gestion par le patient de ses relations interpersonnelles et dans ses passages à l'acte. Il souligne « la confusion qui risque de s'établir entre la psychose et les mécanismes psychotiques de lutte contre le conflit psychique » et il pose alors la question : « existe-t-il un continuum entre les psychoses et les névroses ? » ; (Widlöcher, 1979) ; (Widlöcher, 1981).

Maleval en 1981 parle des hystéries graves, des psychoses hystériques.

Racamier étudie les états limites plutôt du côté de l'aménagement de la cure.

Misès et Diatkine en 1990 rapprochent les états limites des dysharmonies évolutives ou des prépsychoses de l'enfant (Misès, 1990).

Nasio présente l'état limite comme l'état dans lequel aurait évolué la structure psychique après un effondrement psychotique survenu durant l'enfance ou l'adolescence. C'est le concept de forclusion locale.

Dans l'œuvre de Lacan, le terme d'état limite n'apparaît à aucun moment. En effet, pour lui comme pour Freud, il n'y a que trois structures psychopathologiques : névrose, psychose et perversion, spécifiées par la façon qu'a le sujet de traiter l'angoisse de castration : refoulement, forclusion et déni. L'opération forclusive rend étanche la frontière entre névrose et psychose.

Cependant Jean-Jacques Rassial (psychanalyste se réclamant de la pensée de Lacan) en 1999 va essayer à partir du cas princeps de « l'Homme aux Loups » de Freud, de la théorie du sinthôme de Lacan et de son expérience clinique avec les adolescents, de concevoir cet état limite du sujet comme un état dans la structure (qui peut donc être psychotique, névrotique ou perverse) et non comme une structure clinique spécifique à l'instar de ce qui se passe dans l'état adolescent (Rassial, 1999).

Ludwig nomme sous le terme de « styxoses », le « syndrome borderline » et d'autres formes frontières entre la névrose et la psychose comme par exemple, les états prépsychotiques, les psychoses réversibles ou conflictuelles. Les fleuves des Enfers sont des fleuves silencieux, dont le plus connu est le Styx (le haïssable) ; (Ludwig, 1995).

Aujourd'hui, si l'on interroge les psychanalystes sur la question théorique posée par les états limites, les avis sont très partagés :

- certains pensent qu'il faut travailler davantage le concept de névrose hystérique et que ce que l'on nomme état limite correspondrait à une forme d'hystérie très grave.
- d'autres pensent que l'individualisation des états limites est la conséquence de nos connaissances insuffisantes des psychoses.
- d'autres encore pensent qu'il pourrait s'agir d'un état séquellaire ayant fait suite à un effondrement psychotique survenu dans l'enfance et l'adolescence.
- certains rapprochent état adolescent et état limite en proposant de concevoir l'état limite du sujet comme un état dans la structure et non comme une structure clinique spécifique.
- et enfin certains auteurs y voient une réponse adaptée à une incertitude de repères qui caractérise la société d'aujourd'hui (Debray, 1995).

D.Sérougne et A.Marzloff ont animé en mai 2011 une conférence sur le thème « comment agir avec un patient borderline ? » aux séminaires psychanalytiques de Paris et disent que la remarque qui leur a été adressée par certains collègues psychanalystes très expérimentés est : « Un patient borderline, moi, je ne sais pas ce que c'est ! ». Cette catégorie nosographique n'est pas encore aujourd'hui reconnue par l'ensemble des psychanalystes, et fait encore ligne de partage entre nombre de lacaniens qui se passent de ce diagnostic qu'ils considèrent comme fourre-tout et les non-lacaniens qui s'accordent à penser ce « syndrome borderline » comme une entité clinique à part entière. Cette position des uns et des autres nous indique que cette entité clinique est particulièrement complexe et que le champ de recherche à ce sujet est encore très largement ouvert (Séminaires Psychanalytiques de Paris, 2011).

Le concept d'état limite est ainsi l'un des concepts qui ont le plus évolué au cours des 25 dernières années. Ce cadre nosologique est resté pendant longtemps dans un certain flou qui a actuellement tendance à se dissiper avec la généralisation des systèmes diagnostiques critériologiques reconnus. Donc, après bien des avatars, le trouble se retrouve classé dans l'axe II du DSM-IV-TR et est donc considéré comme un trouble de personnalité. Il s'agit donc d'une organisation stable dans le temps. Une pathologie de l'axe I peut éventuellement se surajouter à ce trouble.

Mais, pour beaucoup de psychiatres cliniciens, ce concept d'état limite demeure encore aujourd'hui, un cadre nosologique controversé, en raison du polymorphisme symptomatique, de la coexistence avec des troubles de l'humeur cycliques, de

l'intensité des manifestations anxieuses, de la survenue de manifestations psychotiques transitoires qui conduisent certains auteurs à douter de son appartenance aux troubles de la personnalité.

Pour l'opinion publique, cette pathologie a pris beaucoup d'importance ces dernières années. De nombreux livres destinés au grand public sont actuellement écrits. La production littéraire et cinématographique contemporaine privilégie les héros et héroïnes présentant des personnalités limites et crée des nouveaux archétypes d'éternels adolescents révoltés en proie à d'incessantes vicissitudes existentielles. Les errances des personnalités limites semblent avoir pris la relève des tourments romantiques du siècle dernier.

4.2 Clinique

4.2.1 Remarques préliminaires

- La description clinique des états limites est relativement mouvante selon les auteurs.
- On note un polymorphisme clinique : tout symptôme psychiatrique est susceptible de se rencontrer chez ce type de patients. Ce polymorphisme clinique trouve sa source dans l'incapacité du patient à mettre en place des mécanismes de défense stables. Les symptômes décrits peuvent donc être retrouvés dans d'autres structures psychopathologiques. Aucun des symptômes n'est spécifique à l'état limite.
- La combinaison de ces symptômes constitue une forte présomption d'un état limite mais non une certitude. Cette sorte de « patchwork clinique » sera donc un premier argument diagnostique.

4.2.2 Description phénoménologique

Nous envisagerons successivement les différents symptômes en soulignant la tonalité particulière que le fonctionnement limite leur donne.

4.2.2.1 L'angoisse

C'est le trait le plus constant des manifestations cliniques. Elle figure dans toutes les descriptions cliniques des états limites. Elle est permanente, diffuse, flottante, avec des accès paroxystiques pouvant aller jusqu'à la grande crise d'angoisse qui peut même revêtir l'allure d'une expérience quasi-psychotique. En fait, l'angoisse du borderline n'est jamais la même. On note une instabilité des manifestations anxieuses. Les auteurs insistent sur la facilité avec laquelle elle envahit le patient, sans réelle circonstance déclenchante, sur sa labilité et son caractère incontrôlable. On note en effet chez ces sujets un manque de tolérance à l'angoisse du fait de la faible capacité à symboliser et à mentaliser. Le sujet reste incapable de lier efficacement cette angoisse à des opérations mentales ou à des conduites pathologiques de façon à préserver d'autres secteurs de sa vie psychique. Le patient borderline ressent en fait une insécurité intérieure quasi-permanente et le moindre aléa dans sa vie est perçu comme une menace.

C'est une angoisse de perte d'objet associée à un sentiment d'abandon, à la peur de perdre le sens de la vie, à la crainte pour l'intégrité de sa cohérence interne, à la peur d'être annihilé (Bergeret, 1970). Il faut la différencier de l'angoisse de morcellement psychotique car chez le patient limite, les frontières entre soi et autrui sont respectées. Il ne s'agit pas non plus de sentiment d'échec ou de culpabilité névrotique. Elle est à la fois angoisse de séparation, de « perte d'objet » et angoisse d'intrusion (Green, 1990). Ce qui est redouté, c'est de perdre l'objet identifié comme protecteur ou bien de se voir menacé, maltraité ou annihilé par lui.

4.2.2.2 L'instabilité

C'est le maître-symptôme de la personnalité borderline et Gunderson a décrit la triple instabilité des patients borderline : instabilité de l'identité, instabilité de l'affectivité et instabilité des cognitions (Gunderson, 2001).

L'instabilité de l'identité est due à l'instabilité de l'image de soi. Il existe un déficit narcissique, qui paradoxalement peut se manifester (rarement) par une survalorisation de soi (Kohut).

L'instabilité de l'affectivité se manifeste par une instabilité des représentations qu'a le sujet de lui-même et des autres, ainsi que par une instabilité des affects éprouvés. Le sujet a des représentations d'autrui qui ne sont pas stables dans le temps et qui oscillent entre des positions extrêmes d'idéalisation et de rejet. Il n'existe pas d'ambivalence, pas de demi-mesure. Le sujet borderline est incapable de voir à la fois les qualités et les défauts d'un objet. Tous ses affects subissent les mêmes distorsions, ce qui explique des conduites variables dans le temps, souvent chaotiques et la grande instabilité des relations interpersonnelles.

L'instabilité des cognitions se traduit par des pensées éparpillées, irréfléchies, brusques et souvent contradictoires. Lorsqu'une idée envahit son esprit, le sujet ne peut tenir compte de ce qu'il pensait auparavant (clivage). La pensée est donc également discontinuée. Le style cognitif des patients limites se caractérise en effet par un traitement dichotomique des informations. C'est une pensée contrastée, en noir et blanc, saturée d'émotions intenses et contradictoires et leur abondance masque une certaine pauvreté lexicale et syntaxique.

On peut donc dire que ces personnalités limites ignorent qui elles sont (image de soi imprécise), ce qu'elles veulent et ce (et ceux) qu'elles aiment.

4.2.2.3 L'impulsivité, le passage à l'acte

Le passage à l'acte impulsif par défaut de mentalisation des tensions conflictuelles (et en particulier de l'agressivité) est une donnée classique de l'état limite. C'est lui qui donne cette teinte psychopathique aux états limites mais contrairement à ce qui se passe chez les psychopathes, il est essentiellement auto-agressif.

Il s'exprime dans :

- les conduites toxicomaniaques impulsives (alcools, drogues et médicaments).
- les conduites auto-agressives impulsives (TS, automutilations, ivresses aiguës, surdoses de produits toxiques divers, accès boulimiques, conduites à risque ...)
- les conduites hétéro-agressives impulsives.
- les achats impulsifs.

- les conduites sexuelles déviantes chaotiques et impulsives, teintées d'agressivité. Kernberg évoque la « sexualité perverse polymorphe » (Kernberg, 1979).

- la vie sociale avec l'instabilité affective et professionnelle malgré une bonne qualité d'investissement.

Les passages à l'acte sont érigés en véritable mode de communication et illustrent le désarroi affectif de ces patients pour lesquels la relation à autrui ne passe souvent que par la manipulation impulsive.

Toutes ces conduites sont marquées par le clivage et Kernberg a précisé que le passage à l'acte était « égodynamique » :

- d'un côté, ressenti comme une source de satisfaction pulsionnelle directe (au moment de l'acte).
- d'un autre, sévèrement critiqué à distance de l'acte.
- et cependant, aucune élaboration n'est possible d'un passage à l'acte à l'autre du fait du clivage défensif et de l'absence d'intégration des instances surmoïques : cela

entretient donc les répétitions (Kernberg, 1979). Ainsi, certains auteurs parlent de dépendance à ce type de conduites (Vigneron, 2006).

4.2.2.4 Le déficit narcissique et le sentiment chronique de vide avec la peur de l'abandon

Il existe une dévalorisation de soi importante et l'inflation de l'estime de soi (« Soi-grandiose » de Kohut) n'est qu'une réaction fragile et transitoire. Cette dévalorisation expliquerait, selon les psychanalystes, le besoin de sources externes de comblement narcissique, d'où la nécessité de ne pas être abandonné. On retrouve là les traces d'une faillite de la mise en place de l'aire transitionnelle de l'enfance. Les patients limites ont été des enfants qui n'ont pas acquis de façon stable « la capacité à jouer seul sous le regard de l'adulte » dont parle Winnicott. L'objet transitionnel n'a pas pu être investi et le patient garde une dépendance aux objets réels. L'accès au symbolique demeure aléatoire.

4.2.2.5 Les symptômes psychotiques transitoires

Ils surviennent en cas de stress uniquement et sont passagers, ce qui permet de les différencier d'un authentique délire constitué. Il s'agit en général d'idéation de type persécutoire, de distorsions perceptives, de pensées magiques ou de symptômes dissociatifs. Si l'on regarde le DSM-IV, les hallucinations n'ont pas été retenues dans le critère « symptômes psychotiques transitoires » mais il semblerait cependant que cela puisse survenir surtout lors de consommations de toxiques... Ces symptômes psychotiques expliquent que le trouble borderline a longtemps été considéré comme une forme de psychose et qu'il continue parfois encore à l'être...

4.2.2.6 Les troubles de l'humeur

D'un point de vue phénoménologique, il semble que les caractéristiques de la dépression du patient borderline ne soient pas les mêmes que celles des épisodes dépressifs majeurs habituels. Cette dépression se distingue par :

- la rareté du ralentissement psychomoteur.
- la désadaptation grave du sujet à sa réalité externe et interne.
- la rareté du sentiment de culpabilité (due à l'absence d'intégration des interdits surmoïques) avec par contre des sentiments de rage froide flottante, d'irritabilité, de colère, de désespoir et d'impuissance devant un objet inaccessible, traduisant l'effondrement d'une image de soi idéalisée.
- la colère qui remplace la tristesse. Pour Gunderson, la colère est plus souvent rapportée par le patient qu'observée par le clinicien. Elle traduit le monde chaotique interne de ces patients (Gunderson, 1991).
- un sentiment permanent de vacuité et d'ennui, non réactionnel à un deuil, associé à un sentiment d'irréalité, de détachement qui correspond à une position de refuge devant la réalité. Souvent considéré comme le témoin de l'échec fondamental des attachements précoces, cette caractéristique est fortement corrélée aux abus de substances et aux actes auto-agressifs. Son absence chez certains patients états limites, permettrait, selon certains auteurs, de prédire une évolution ressemblant plus à celle des troubles affectifs (Gunderson, 1991) ; (Perry, 1993).
- le risque suicidaire, à tonalité vengeresse, dans un sentiment de toute puissance. La dépression paraît en général moins intense mais les passages à l'acte sont plus fréquents que dans les autres formes de dépression.

Dans l'étude de Sullivan, les déprimés avec un trouble limite de la personnalité, comparés à des déprimés sans trouble limite avaient un âge de début du trouble de l'humeur plus précoce et une comorbidité sur les axes I et II plus importante

(Sullivan, 1994). La réponse aux traitements dans la dépression n'est pas la même s'il existe un trouble associé de la personnalité (Pfohl, 1984). Joyce en 2003 retrouve les mêmes résultats et il note aussi une dépression chronique chez les borderline et des comportements para suicidaires plus nombreux (Joyce, 2003).

4.2.2.7 La relation de dépendance

Décrite par Bergeret sous le vocable de « relation anaclitique », elle est à rapprocher de la relation phobique avec un objet contra phobique. Anaclitique vient du terme grec « anaklitos » qui signifie « se coucher contre ». Il s'agit d'une relation de grande dépendance. Il faut s'appuyer, tout aussi bien en attente passive et en quémante de satisfaction positive, qu'en manipulation agressive de ce partenaire indispensable (Bergeret, 1970).

Elle est faite de :

- l'incapacité à supporter la frustration.
- l'attente passive de satisfaction de la part du partenaire.
- la manipulation agressive du partenaire ou de l'interlocuteur, le sujet état limite oscillant entre la pulsion et la fuite, confronte l'autre à son avidité affective jamais comblée (liens qui reproduisent les attachements parentaux précoces).

Elle se manifeste au niveau :

- des relations affectives marquées par l'agressivité. Les réactions auto et hétéro-agressives, le rejet, sont la règle dès que le partenaire ne répond pas exactement aux exigences de la demande massive, renvoyant le sujet limite à ses angoisses d'abandon. Bien entendu, ces modalités objectales particulières infiltrent également le lien que ce type de patient tisse avec ses thérapeutes, rendant toute prise en charge (psychothérapeutique ou chimiothérapeutique) délicate.
- des conduites toxicomaniaques : Kernberg parle de « prothèses externes » qui viendraient corriger le malaise intérieur, le narcissisme défaillant.
- des troubles du comportement alimentaire surtout boulimiques. Il s'agirait d'un trouble rencontré surtout chez les femmes borderline, les hommes présentant plus de dépendance à l'alcool et aux autres drogues (Tucker, 1987).
- des conduites de jeu pathologique.
- des achats compulsifs.
- des « conduites sexuelles perverses polymorphes » : succession d'expériences impulsives, chaotiques, imprévisibles, tant hétéro qu'homosexuelles, sadiques que masochistes, peu liées à un scénario pervers déterminé, toujours infiltrées d'agressivité. La variabilité du partenaire et les conduites à risque sont la règle. Selon Kernberg, certains comportements sous-tendus par des déviations pulsionnelles (miction, défécation) sont très évocateurs de personnalité limite.

4.2.2.8 Les épisodes psychiatriques aigus

Les patients borderline sont bien connus des services d'urgence où ils se présentent régulièrement dans un état inquiétant semblant imposer une hospitalisation.

- La grande crise d'angoisse aiguë :

Elle peut se présenter sous la forme d'un épisode confusionnel pouvant évoquer la constitution d'un délire. Il s'agit en général d'expériences de type paranoïaque non hallucinatoires (idées de référence, suspicion non justifiée) et de pensée bizarre (pensée magique, sixième sens, impression de dédoublement). Ces tableaux « quasi-psychotiques » transitoires ne correspondent pas pour Marcelli à une rupture complète avec la réalité extérieure mais à une incapacité du patient, du fait de son chaos interne, à en retrouver la signification habituelle (Marcelli, 1983).

- Les passages à l'acte auto-agressifs et les tentatives de suicide itératifs :

Leur fréquence élevée fait toute la gravité de cette pathologie et nous y reviendrons.

- Les conduites antisociales impulsives avec les conséquences médico-légales.

Quelle que soit la nature de ces décompensations, c'est leur labilité qui en est l'élément le plus caractéristique. Ainsi, l'ensemble de la symptomatologie peut disparaître, sans traitement psychotrope, dès les premières heures d'une hospitalisation en urgence, l'institution hospitalière procurant au patient une réassurance suffisante pour lui permettre de récupérer ses facultés de jugement et de critique de l'épisode.

4.2.2.9 La pauvreté et la crudité de la vie imaginaire

A la différence du névrosé qui a une vie fantasmatique riche, le sujet limite présente une faible aptitude à la rêverie et à l'imagination. Il y a un défaut d'investissement de l'espace psychique interne, qui se traduit par une faible aptitude à un raisonnement intérieur, une faible capacité d'élaboration. Ceci se manifeste par exemple dans les entretiens cliniques par des réponses brèves et une faible capacité aux associations (Widlöcher, 1979).

4.2.2.10 Les symptômes d'allure névrotique

Ils sont multiples, fluctuants dans le temps, liés à l'angoisse, associés entre eux de façon variable et Kernberg parle de « névrose poly symptomatique » (Kernberg, 1979).

- Les symptômes de conversion hystérique :

Ils sont remarquables par la tonalité manipulatrice et agressive. Ils sont dénués d'érotisation et de fantasmatisation contrairement à ce qui est décrit dans la névrose hystérique. Il s'agit de conversions atypiques, volontiers permanentes et multiples.

Ces patients sont souvent considérés comme des manipulateurs avec une tonalité régressive de l'échange relationnel.

On peut voir également des épisodes aigus tels que les états crépusculaires, les troubles de la conscience, les fugues dissociatives.

- Les symptômes d'allure phobique sont très fréquents :

On décrit des phobies d'impulsion mais les plus évocatrices sont les phobies concernant le corps, l'image de soi, la perception du sujet par autrui (l'éreutophobie, phobie du regard, phobie de parler en public, agora ou claustrophobie) et celles à la limite des troubles obsessionnels compulsifs (phobies de la saleté). Une tonalité persécutive et des efforts de rationalisation sont également assez caractéristiques, ainsi que la coexistence de phobies multiples, voire de panphobies socialement invalidantes.

- Les symptômes d'allure obsessionnelle :

Les idées obsédantes et les rituels y sont rationalisés sans lutte anxieuse ni inhibition défensive ni besoin d'autopunition.

- Les symptômes hypochondriaques sont plus rares :

Les craintes nosophobiques rationalisées surtout lorsqu'elles revêtent une tonalité persécutive, doivent faire évoquer un fonctionnement limite (Allilaire, 1985).

4.2.2.11 Les manifestations psychosomatiques

Elles se caractérisent par leur permanence, leur multiplicité ou lorsqu'elles sont isolées, par leur résistance aux thérapeutiques proposées.

4.3 Formes cliniques

La plupart des auteurs insistent sur le fait qu'il existe des sous-types cliniques d'états limites et non une catégorie unique.

Kernberg décrit neuf sous-groupes au sein des « personnalités limites » : les personnalités infantiles, les personnalités narcissiques, les personnalités as if, les personnalités sado-masochistes et masochistes, les personnalités schizoïdes et paranoïdes, les personnalités hypomanes et cyclothymiques, les personnalités impulsives et toxicomanes et enfin les personnalités dépressives (Kernberg, 1967).

Grinker, en 1968, présente quatre sous-groupes :

- état limite à la limite de la psychose avec comportements inappropriés, conduites négatives et coléreuses, défaut de perception de soi et de la réalité.
- noyau de l'état limite avec oscillations permanentes dans la relation à autrui, passages à l'acte rageurs ou agressifs, dépression et trouble de l'identité.
- personnalité « as if » adaptative avec comportements adaptés, relations de complémentarité, pauvreté des affects, manque de spontanéité, défenses de type repli-intellectualisation.
- état limite névrotique proche de la névrose de caractère narcissique.

Perry et Klerman, en 1980, ont extrait cent quatre traits diagnostiques de la personnalité borderline décrits dans la littérature. Ils en déduisent qu'il existe une faible congruence qui reflète l'hétérogénéité d'un concept aux multiples sous-types.

Les théoriciens orientés vers la biologie considèrent le trouble comme « une version douce d'un trouble majeur ». Ainsi, il existe plusieurs sous-catégories, chacune possédant sa propre étiologie et sa propre évolution. Stone et ses collaborateurs, grâce à une méta-analyse, concluent que le trouble est en lien avec différents troubles majeurs de l'axe I, et si l'on prend en considération les caractéristiques cliniques, l'histoire familiale, la réponse au traitement et les marqueurs biologiques, trois catégories d'états-limites sont alors individualisées : l'une reliée à la schizophrénie, l'autre au trouble affectif et la troisième à des troubles organiques cérébraux et il existe des formes mixtes (Stone, 1987).

Enfin, un autre sous-type est parfois décrit : celui qui présente comme caractéristique la présence de comportements para-suicidaires importants (incluant les tentatives de suicide et les comportements auto-dommageables, avec peu ou pas d'intention de provoquer la mort) et pour lequel certains critères diagnostiques retenus dans les classifications internationales sont différents des autres types. Ces individus semblent être plus déprimés et cherchent souvent à sur-contrôler leur colère et à l'inhiber (Linehan, 1993).

4.3.1 Formes cliniques selon la gravité du tableau

Il existe des degrés de gravité allant de formes, où seuls quelques traits de la personnalité existent, à des tableaux d'états limites sévères. Certains parlent de trouble de personnalité borderline ou limite pour les troubles légers et d'états limites pour les tableaux plus graves.

4.3.2 Formes cliniques selon l'âge d'apparition

Bergeret (Bergeret, 1974) puis Stone (Stone, 1993) décrivent une forme qui ne devient symptomatique qu'aux alentours de la cinquantaine, après un événement de vie tardif venant réactiver un premier traumatisme. Cette forme est en général grave. Bergeret parle de forme « de la sénescence ».

4.3.3 Formes cliniques selon la comorbidité psychiatrique

Si la personnalité borderline possède maintenant une définition précise avec la généralisation de systèmes diagnostiques critériologiques reconnus, la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques est cependant très importante, remettant même en cause, pour certains auteurs, la validité de la catégorie diagnostique...

84,5% des patients borderline ont eu au moins un diagnostic supplémentaire sur l'axe I du DSM dans les douze mois et 73,9% répondent aux critères d'un autre diagnostic de l'axe II (Lenzenweger, 2007) ; (Grant, 2008).

4.3.3.1 Comorbidités avec les troubles de l'axe I

Dans l'échantillon étudié par Hudziak (87 femmes présentant un trouble limite de la personnalité), toutes les patientes avaient au moins un diagnostic supplémentaire sur l'axe I du DSM. Le taux de comorbidité était de 51% avec le trouble panique, de 55% avec l'anxiété généralisée et de 87% avec un épisode dépressif majeur (Hudziak, 1996).

Zanarini en 1998 donne les chiffres suivants : 96,3% de troubles de l'humeur, 88,4% de troubles anxieux, 64,1% de troubles addictifs, 53% de troubles du comportement alimentaire. Zanarini précise que cet ensemble de troubles de l'axe I semble pouvoir être un indicateur utile pour le diagnostic du trouble borderline (Zanarini, 1998).

La question des rapports entre le trouble limite et les troubles de l'humeur est posée depuis longtemps, et fait encore aujourd'hui, l'objet de controverses.

Akiskal, du fait des liens étroits entre l'état limite et les troubles de l'humeur, conteste l'autonomie de la pathologie état limite (Akiskal, 1981). Pour lui, ce ne serait qu'une forme de trouble de l'humeur et il parle de trouble subaffectif. Dans les études de suivi, certains patients considérés comme des états limites finissent par se révéler être d'authentiques bipolaires après plusieurs années d'évolution. Ainsi, Akiskal a étudié le suivi, entre six mois et trois ans de 100 borderline dont 52% ont développé une forme quelconque de trouble de l'humeur. Parmi les 55 patients qui n'avaient pas d'antécédents de trouble de l'humeur au moment de leur entrée dans l'étude, 20 ont présenté un épisode dépressif majeur (Akiskal, 1985).

Gunderson a publié, en 1991, dans l'« American Journal of Psychiatry », une revue de la littérature sur les rapports entre dépression et état limite (Gunderson, 1991). Il a proposé quatre hypothèses pour élucider ce rapport :

- La première hypothèse fait de la dépression un trouble primaire : l'état limite n'est ainsi qu'une forme clinique de la dépression. Cela rejoint la description des troubles subaffectifs faite par Akiskal.

- La deuxième hypothèse postule que les troubles de l'humeur ne seraient que secondaires au trouble de la personnalité. Ce modèle rejoint l'approche psychodynamique des phénomènes telle qu'elle est utilisée par les analystes (Kernberg, 1967).

- La troisième hypothèse nie tout lien, spécifique ou non spécifique entre les deux troubles. C'est l'approche que l'on retrouve dans le DSM avec les deux dimensions orthogonales, l'une classée dans l'axe I et l'autre dans l'axe II.

- La quatrième hypothèse est qu'il existerait des liens, mais non spécifiques, entre dépression et trouble de la personnalité limite. C'est une notion proche de la personnalité post-dépressive, avec une interaction entre différents phénomènes psychopathologiques qui s'enchaînent mutuellement.

La conclusion de Gunderson, à l'époque, est qu'il n'y a pas lieu d'affirmer l'existence d'un lien spécifique entre les troubles de l'humeur et le trouble de la personnalité limite et si ce lien existe, il serait de nature non spécifique.

Pour Bergeret, la dépression est suffisamment fréquente et importante dans l'état limite pour en faire un trait dominant et il décrit la « dépression essentielle » (Bergeret, 1992).

Selon l'article de Gunderson et de ses collaborateurs, en 2006, la présence concomitante d'un trouble bipolaire s'élève à environ 20% des cas limites (Gunderson, 2006).

Ruggero et Zimmerman font l'hypothèse que le trouble borderline est sous-diagnostiqué car souvent confondu avec un trouble bipolaire (Ruggero, 2010).

Les études familiales pourraient constituer un argument majeur pour évaluer le lien entre le trouble borderline et le trouble bipolaire mais elles se contredisent.

Aucune étude de neuroimagerie comparant directement le trouble bipolaire II et le trouble borderline n'a été retrouvée. Les neurosciences, en général, sont sûrement une façon d'élucider ce lien s'il existe. Une étude suggère qu'il existerait une réponse au TRH test similaire entre certains borderline et les patients dépressifs avec un pic de TSH (Garbutt, 1983). Une autre étude retrouve des similarités entre les EEG de sommeil de patients borderline et de patients dépressifs (Asaad, 2002).

On retrouve également très fréquemment des troubles addictifs et des troubles des conduites alimentaires (TCA) associés au trouble limite. Chez l'homme, il s'agirait plutôt de dépendance alcoolique ou à des toxiques divers et chez la femme, ce serait plutôt des TCA avec surtout les accès boulimiques (Tucker, 1987) ; (Grant, 2008). Un suivi sur 2 ans a montré que 20,4 % des patients souffrant de trouble borderline ont expérimenté un abus ou une dépendance à l'alcool sur cette période (Zanarini, 2004) et 22,4% des personnes qui abusent de l'alcool sont borderline selon l'étude de Morgenstern (Morgenstern, 1997). De façon plus générale, 21 à 67% des sujets borderline auraient un abus de substance (TARA APD, 2004) et 27 à 37 % des personnes ayant un abus de substances seraient borderline (NAMI, 2003). On pourrait définir ces conduites addictives comme le résultat de la recherche d'un objet externe dont le sujet aurait besoin pour son équilibre et qu'il ne pourrait trouver au niveau de ses ressources internes. Il chercherait, dans une succession de sensations et d'excitations extérieures, des objets qu'il pourrait maîtriser alors qu'il ne peut pas contrôler ses émotions. Le patient limite souffre d'une maladie du lien, distendu ou même brisé à une période ou à une autre de son existence (au cours de la petite enfance le plus souvent), et donc souffre d'une très grande sensibilité aux aléas de la relation avec l'environnement. Il chercherait donc, dans le produit, le « pansement » qui va lui permettre de colmater les failles narcissiques. Malheureusement, les effets propres du produit vont rapidement invalider leur rôle de « béquille ».

30 % des sujets borderline répondraient aux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Swartz, 1990). Selon Grant en 2008, la prévalence de l'ESPT dans la population borderline serait de 39,2% (Grant, 2008). Cependant, certains voient le trouble borderline comme une forme « complexe » d'ESPT (Lewis, 2009). Le lien entre les deux pathologies fait l'objet de plusieurs études de neuroimagerie. Des études rétrospectives sur les antécédents traumatiques de l'enfance essaient également d'élucider ce lien. S'agit-il des deux troubles séparés, de deux variantes d'un même trouble, de deux troubles comorbides ? Ceci reste aujourd'hui l'objet de controverses et réclame de plus amples recherches.

Le comportement para-suicidaire est également un trouble fréquemment associé. Marsha Linehan a beaucoup étudié ce lien et en a fait la base de sa théorie thérapeutique dialectique (Linehan, 1993).

Enfin, la comorbidité avec la schizophrénie est rare. Elle est évaluée à 0% par Andrulonis en 1984, à 1,1% par Links en 1988 et à 10% par Mc Glashan (Mc Glashan, 1986).

4.3.3.2 Comorbidités avec les troubles de l'axe II

L'association de plusieurs troubles de la personnalité est la règle générale (Pope, 1983).

Une étude de 2004 montre que ce sont les troubles de la personnalité du cluster B qui sont le plus souvent associés au trouble borderline avec surtout la personnalité antisociale suivie des personnalités narcissiques et histrioniques et il faut noter également une importante association à la personnalité paranoïaque (Johansen, 2004). La plupart des études épidémiologiques confirment ces associations (Chaine, 1999). Une étude plus récente, de 2008 trouve que ce sont les personnalités schizotypique et narcissique qui sont le plus associées à la personnalité borderline (Grant, 2008).

Les personnalités de cluster C les plus souvent comorbides de l'état limite sont les personnalités dépendante et évitante (Chaine, 1999).

Les principales personnalités comorbides retrouvées dans l'étude de Bichara H. et Clément JP. en 2010 sont les personnalités dépressives, évitantes et paranoïaques et la comorbidité fréquente avec les autres troubles de la personnalité du cluster B semble remise en question (Bichara, 2010).

4.4 Psychopathologie

Toutes les théories psychologiques peuvent apporter leur contribution à la compréhension des états limites. Elles sont résumées dans le tableau 3 ci-après avec le nom des principaux auteurs.

Tableau 3 : Principales orientations du trouble de personnalité borderline

| Dimensions | Psychanalyse | Biologique | Éclectique | Bio social | Cognitif |
|--|--|--|---|---|---|
| Principaux théoriciens | Adler Kernberg Masterson Meissner Rinsley | Akiskal Adrulonis Cowdry Gardner Hoch Kasanin D. Klein Kety Polatin Soloff Stone Wender | Frances Grinker Gunderson DSM-III DSM-III-R DSM-IV Spitzer | Linehan Millon Turner | Beck Pretzer Jung |
| Signification du terme « état-limite » | Niveau psycho-structurel ou conflit psycho-dynamique | Version douce d'un trouble majeur | Trouble de personnalité spécifique | Trouble de personnalité spécifique | Trouble de personnalité spécifique |
| Données sur lesquelles repose le diagnostic | Symptômes, inféré des structures intrapsychiques, transfert | Symptômes cliniques, histoire familiale et génétique, réponses au traitement et marqueurs biologiques | Combinaison de symptômes et observations comportementales, données psychodynamiques et tests psychologiques (WAIS, Rorschach) | Observations comportementales, entretiens structurés, données des tests comportementaux | Observations comportementales, entretiens structurés, données des tests comportementaux |
| Étiologie du trouble | Education, nature, destin | Nature | Non spécifiée | Nature, éducation | Education |
| Composition de la population état-limite | Homogène: structure intrapsychique Hétérogène : symptômes descriptifs | Hétérogène : tout l'ensemble Homogène : chaque sous-catégorie | Hétérogène | Hétérogène | Non spécifiée |
| Importance de diagnostiquer les sous catégories | Sans importance sauf Meissner | Important | Assez important | Important | Non spécifiée |
| Base de création de la sous catégorie | _____ | Étiologie | Grinker, Gunderson : clinique DSM : clinique et étiologique | Modèles comportementaux | Non spécifiée |
| Traitement recommandé | Psychanalyse Psychothérapie confrontative | Chimiothérapie | Non spécifié | Modification du comportement ; thérapie cognitivo-comportementale | Thérapie cognitive modifiée |

Adapté de « Treatment of the borderline personality » par P.M. Chatham, 1985, New York : Jason Aronson.
Copyright 1985 par Jason Aronson, Inc. Traduit en français dans « Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite » de M. Linehan, par Dominique Page et Pierre Wehrlé, 2000.

4.4.1 Théorie cognitive

Les cognitivistes considèrent l'état-limite comme un trouble de personnalité spécifique, résultant de schémas cognitifs dysfonctionnels développés précocement. Les concepts comportementalistes de conditionnement pavlovien ou skinnerien peuvent être utilisés pour expliquer l'acquisition de modes de réactions rigides et la pérennisation d'attitudes inadaptées. Le style cognitif des personnalités borderline partage certaines caractéristiques avec d'autres troubles de la personnalité : il s'agit de distorsions cognitives comme l'abstraction sélective, les interférences arbitraires, la maximisation et la minimisation. Le traitement dichotomique des informations est très évocateur. Les styles de pensée sont des schémas de rejet, de vulnérabilité sans recours, de manque de valeur et d'amour d'autrui. Une étude de 2007 a comparé les stratégies de « coping » et l'intelligence émotionnelle entre 40 borderline et 40 sujets sains témoins. Les résultats montrent que les sujets borderline utilisent principalement des stratégies inefficaces tel que l'évitement et utilisent moins l'anticipation, le soutien social et de plus leur intelligence émotionnelle est plus basse que celle des témoins. Aucune différence significative n'a été notée en fonction du sexe. L'étude montre aussi qu'il existe une corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle et les bonnes stratégies de coping (Jamilian, 2007).

4.4.2 Théorie biologique

Les théoriciens orientés vers la biologie considèrent le trouble comme « une version douce d'un trouble majeur ». De leur point de vue, il existe plusieurs sous-catégories, chacune possédant sa propre étiologie et sa propre évolution. Ainsi, Stone et ses collaborateurs, grâce à une méta-analyse, concluent que le trouble est en lien avec différents troubles majeurs de l'axe I, et si l'on prend en considération les caractéristiques cliniques, l'histoire familiale, la réponse au traitement et les marqueurs biologiques, trois catégories d'états-limites sont alors individualisées : l'une reliée à la schizophrénie, l'autre au trouble affectif et la troisième à des troubles organiques cérébraux et il existe des formes mixtes (Stone, 1987). Il a été dégagé chez tous les sujets une tendance générale aux « réponses comportementales non modulées », reliée à la notion d'hyper-irritabilité, qui correspondrait à un dysfonctionnement limbique. Seulement, 10 à 15% des états-limites seraient d'origine purement psychogène (Stone, 1993). Deux hypothèses psychobiologiques sont proposées : une dysrégulation émotionnelle sous-tendue par un système noradrénergique hyper-réactif et un mauvais contrôle comportemental basé sur une modulation sérotoninergique réduite. Ainsi, le trouble peut être considéré comme appartenant au spectre de l'impulsivité ou des dysrégulations émotionnelles (Siever, 1991).

4.4.3 Théorie bio sociale

L'abord bio social considère l'état-limite comme un trouble de personnalité spécifique et souligne l'importance de l'interaction réciproque du biologique et de l'apprentissage social dans la formation du trouble. Il s'agirait d'un dysfonctionnement primaire du système de régulation émotionnelle (dû à des facteurs génétiques et des expériences traumatiques intra-utérines ou de la petite enfance) en interaction avec un environnement invalidant. Ceci serait la cause de la non acquisition d'habiletés telles que la capacité à calmer l'émotion ou à contrôler un comportement : ces sujets seraient incapables de réguler leurs émotions et les réduiraient par des passages à l'acte (Boudet, 1999). Pour Linehan, trois dimensions dichotomiques peuvent être

identifiées : une vulnérabilité émotionnelle en interaction avec un entourage non sécurisant, une passivité cachée par une apparence impulsive, une tendance aux crises émotionnelles liée à une inhibition de la souffrance (Linehan, 1993). Il existerait plusieurs catégories d'états-limites avec en particulier, celle présentant des histoires répétitives de comportements autodestructeurs (Linehan, 1993).

4.4.4 Théorie systémique

Les concepts systémiques peuvent aussi apporter un éclairage intéressant. Dans les interrelations du sujet avec son entourage s'organisent des systèmes autoentretenus, dans lesquels chacun des protagonistes ne met pas la « ponctuation » au même endroit : le sujet borderline expliquant son attitude par le fait que l'autre veut l'abandonner et celui-ci justifiant la sienne par l'agression du premier. Se créent alors des situations paradoxales auxquelles un patient borderline est particulièrement incapable de s'adapter.

4.4.5 Théorie psychanalytique

Les psychanalystes, depuis plus de cinquante ans, ont élaboré des concepts permettant de comprendre l'économie psychique borderline et la dynamique des processus psychothérapeutiques. Nous envisagerons ici, principalement deux types d'approches :

- l'état limite défini comme une organisation pathologique stable et spécifique de la personnalité, située dans un espace limite entre névrose et psychose. C'est la position d'Otto F. Kernberg.
- l'état limite considéré comme un mode de structuration psychique inachevé, instable, situé entre le mode de structuration névrotique et le mode de structuration psychotique. C'est la théorie de Jean Bergeret.

4.4.5.1 Kernberg et l'ego-psychologie

Kernberg a développé sa conception des états limites dans un ouvrage intitulé « les troubles limites de la personnalité » (Kernberg, 1979).

Pour lui, il s'agit d'une « organisation durable de la personnalité » et non d'un état. C'est une organisation psychopathologique ni névrotique ni psychotique, intermédiaire entre névrose et psychose, stable et spécifique.

- Analyse structurelle :

L'analyse structurelle selon Kernberg est centrée sur le Moi conçu comme une instance intégrative et comme le lieu des dérivés structurels des relations d'objets internalisés. On retrouve :

- Des manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi :

- manque de tolérance à l'angoisse.
- manque de contrôle pulsionnel.
- faible capacité de sublimation (le plaisir à créer et la réalisation de cette créativité sont les meilleurs témoins de la présence d'un domaine libre de conflits dans le Moi).

- Un retour à des processus primaires de pensée :

Il s'agit là du témoin structurel le plus important de l'organisation limite de la pensée. Il est mis en évidence avec les tests projectifs. Au cours des tests, et surtout en réponse aux stimuli peu structurés, les processus primaires tendent à apparaître sous

la forme de fantasmes primitifs. Il y a une refusion partielle des images primitives du Soi et de l'objet (et non une absence de différenciation comme dans la psychose), ce qui est à l'origine d'une instabilité des frontières du Moi. On retrouve ainsi, au cours du test de Rorschach, une oscillation permanente entre les phases de fonctionnement primaire et celles de fonctionnement secondaire.

- Une intégration insuffisante d'identité :

L'épreuve de réalité est maintenue (distinction self-non self, distinction origine intrapsychique-origine extérieure des perceptions) à la différence des psychoses, mais l'intégration de l'identité est insuffisante. C'est le « syndrome de l'identité diffuse » c'est-à-dire l'absence d'un concept de Soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi. Autrement dit, les aspects contradictoires du self et des autres sont mal intégrés et séparés. Cet échec d'intégration peut être expliqué selon Kernberg par le manque de tolérance à l'angoisse et par la prédominance d'une agressivité précoce grave (intensité constitutionnelle des pulsions agressives ou frustrations précoces sévères). Il se produirait une désintringation des pulsions libidinales et des pulsions agressives avec pour conséquence défensive un clivage entre les bons objets (libidinaux) et les mauvais objets (agressifs) sans refusion des images du Moi et des images du non-Moi comme c'est le cas dans la psychose. Cet échec d'intégration d'identité entraîne une absence d'intégration du Surmoi d'où l'absence d'accès à la culpabilité et à l'empathie.

- Des opérations défensives spécifiques :

- Le clivage : c'est le maintien séparé des introjections et des identifications de qualités opposées. Il protège le Moi fragile du sujet borderline contre la diffusion de l'angoisse, lui évitant la confrontation à l'ambivalence. Cliniquement, en découle une instabilité marquée des relations interpersonnelles, des affects et de l'image de Soi (oscillations extrêmes et répétées, passage de l'amour à la haine, brusques revirements affectifs). Ceci explique aussi le passage à l'acte « égotosyntonique » : le clivage maintient activement séparée, au sein du Moi, la fraction qui tire une jouissance directe de la décharge pulsionnelle, de celle qui s'afflige et critique sévèrement. Le clivage est toujours associé au déni.

- Le déni : c'est un mécanisme décrit par Freud dans la perversion, mécanisme par lequel le sujet fait coexister deux réalités contradictoires (c'est le clivage), avec le déni d'une des deux réalités : à savoir, le refus et la reconnaissance de l'absence de pénis chez la femme. Ces deux mécanismes seront étendus, notamment par Mélanie Klein aux introjections et aux identifications de qualités opposées (« Je le déteste (dénier), je l'aime (clivé de la première proposition conflictuelle) » et inversement). Ce mécanisme est à différencier de la dénégation, c'est-à-dire d'un refoulement de mécanisme névrotique. Par identification à ces objets clivés, le sujet borderline aura des images de lui bonnes ou mauvaises qui cohabiteront sans s'influencer. Ce sont les oscillations extrêmes de l'appréciation de Soi qui entraînent un sentiment d'identité diffuse. L'image de Soi est imprécise.

- L'idéalisation primitive : elle crée des objets externes idéalisés totalement bons et puissants pour que l'agressivité du sujet ne puisse les atteindre. C'est une conséquence du clivage. C'est également une manifestation d'un fantasme primitif protecteur sans réelle considération pour l'objet idéal (objets extérieurs totalement bons et puissants pour protéger l'individu contre les mauvais objets). Afin d'éviter la contamination de ces instances irréelles par le mauvais, le Moi du patient doit renforcer les processus d'idéalisation et de clivage. Leur inefficacité déclenche une rage destructrice et un rejet de l'objet avec déni de l'idéalisation antérieure.

- L'identification projective : le but principal est d'externaliser les images de Soi et d'objet totalement mauvaises et agressives.
- L'omnipotence et la dévalorisation.

Il s'agit de mécanismes de défense primitifs qui protègent le Moi mais au prix d'un affaiblissement et donc d'une diminution de la souplesse d'adaptation.

- Une pathologie des relations d'objets internalisés :

Contrairement à la psychose où l'on observe une fusion du Moi et de l'objet, dans l'état limite il y a une frontière délimitée du Moi mais une incapacité à faire la synthèse des bonnes et des mauvaises introjections ainsi que des identifications, et à soutenir une position dépressive au sens Kleinien du terme. Il n'y a donc pas de sentiment de culpabilité mais un sentiment de rage lié à la perte de l'objet, du fait d'un Surmoi défaillant et régressif. Sur le plan clinique, cela donnera un aspect superficiel des relations affectives, un aspect « comme-si », avec exploitation de l'autre, manque d'empathie et sentiment d'infériorité.

- Analyse génétique et dynamique :

Kernberg met en avant le rôle prépondérant de l'agressivité orale. Il met en rapport cette prépondérance avec des antécédents de frustration et d'agressivité dans les premières années de la vie.

- Contre-transfert (Kernberg, 1989) :

Kernberg fait du contre-transfert en tant que processus conscient et inconscient, dans le traitement psychanalytique des états limites un outil diagnostique important en mettant l'accent sur la survenue chez le thérapeute de réactions affectives intenses et précoces, en relation avec le transfert intense et chaotique du patient. Si cette particularité du contre-transfert permet d'évaluer le degré de régression du patient, elle n'est pas sans risque avec notamment celui d'une fixation contre-transférentielle chronique de l'analyste, avec réactivation d'un masochisme qui conduira l'analyste à se constituer la victime passive des conduites agressives du patient et à adopter une attitude de dévouement total et irréaliste. C'est la capacité de sollicitude de l'analyste qui devrait le protéger de ces dérives.

En ce qui concerne le traitement analytique lui-même, Kernberg signale que l'intolérance à la régression de ces patients peut induire des psychoses de transfert (perte de l'épreuve de réalité, éléments délirants qui restent circonscrits à l'espace de la cure) et acting-out de transfert. C'est pourquoi, il préconise chez ces patients, quand une psychanalyse est possible, des méthodes psychanalytiques modifiées qu'il appelle psychothérapie interprétante avec une interprétation prioritaire des opérations défensives du transfert négatif dans « l'ici et maintenant » de la cure, en sachant sortir de la neutralité quand il s'agit de dire les limites notamment à l'agressivité, pour renforcer leur Moi et développer l'épreuve de réalité (Kernberg, 1989).

4.4.5.2 Particularités de la conception des états limites par Bergeret

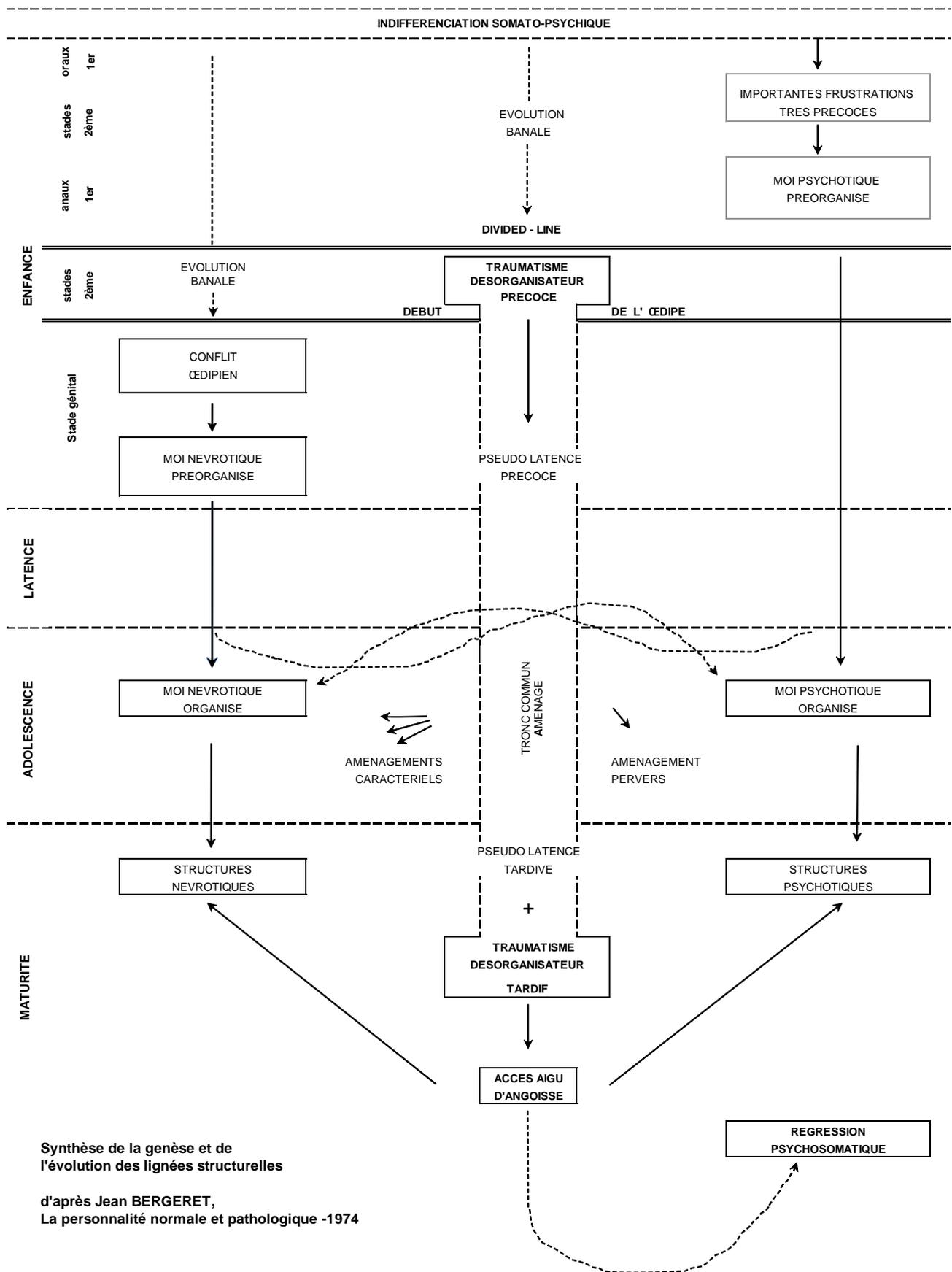
Bergeret, en 1970, situe les états limites dans une problématique de définition et de limites du cadre des névroses et des psychoses. Il fixe le problème de la « normalité », qui est indépendant de la notion de structure psychopathologique puisque les sujets « état limite » peuvent paraître « hypernormaux » avant décompensation. Il souligne également la nécessité d'une conception précise de la structure profonde de la personnalité : à côté du Moi indifférencié et d'états commençant à s'orienter vers la constitution d'une structure, il n'existe pour lui que

deux types de structures, décompensées ou non : la structure névrotique et la structure psychotique. Il parle d'une « astructuration » pour évoquer les états limites. Sa recherche en 1970 prendra appui sur la synthèse de Gressot et Schmitz pour qui les états limites seraient « une forme d'organisation du Moi régressive et narcissique ayant à la fois dépassé le morcellement psychotique et n'ayant pu atteindre la fixation du conflit œdipien » (Bergeret, 1970). Le propre de la conception de Bergeret est d'avoir introduit la notion de traumatisme précoce (réel et non fantasmatique) dans la psychogénèse de l'état limite.

- La genèse du tronc commun des états limites : (Bergeret, 1974)

Bergeret décrit deux lignées évolutives, qui, pour lui, ne sont pas encore des structures mais des pré-organisations, et qui se constituent dans l'enfance : la lignée psychotique et la lignée névrotique. Ces deux lignées, au moment des remaniements structurels de l'adolescence, peuvent évoluer indifféremment vers une névrose ou une psychose. Les cas de pré-organisations psychotiques du Moi seraient en relation avec des frustrations maternelles précoces (phase orale) et dans les cas de pré-organisations névrotiques du moi, il s'agirait d'une fixation au stade anal ou phallique avec arrêt évolutif au moment de la latence du fait d'un échec de résolution du conflit œdipien. Dans les cas limites, le Moi a dépassé sans de trop grandes frustrations ni de trop grandes fixations le moment où les relations initiales et précoces à la mère auraient pu opérer une pré-organisation de type psychotique. Ce Moi continue donc son chemin vers l'Œdipe, quand se produirait un traumatisme psychique affectif important entre les stades précoces et la période œdipienne. La situation relationnelle triangulaire et génitale ne peut s'aborder dans des conditions normales. Ce traumatisme serait réel et non fantasmatique : par exemple, une séduction sexuelle réelle et non fantasmatique donne naissance à un émoi pulsionnel inadapté à l'état encore immature du Moi. La survenue d'une situation œdipienne précoce impossible à négocier dans une économie triangulaire et génitale va provoquer une pseudo latence précoce court-circuitant l'Œdipe, où les mécanismes de défense du Moi sont de type psychotique (déli, clivage, identification projective, maniement omnipotent de l'objet). Ce traumatisme dit « premier désorganisateur précoce », fige donc l'évolution libidinale dans une pseudo-latence plus précoce et plus durable que la latence normale. Cela constitue le « tronc commun aménagé de l'état limite ». Il y a un blocage évolutif de la maturité affective du Moi. Ce tronc commun ne doit pas être considéré comme une structure mais comme une organisation dans laquelle le Moi fait des efforts pour se maintenir en dehors des deux grandes structures dont une, la psychotique, est dépassée, et l'autre, la névrotique, n'est pas encore atteinte. C'est une situation « aménagée » qui n'a pas la fixité, la solidité et la spécificité des organisations structurées. C'est une « astructuration ».

Tableau 4 : Genèse du tronc commun des états limites (Bergeret, 1974)



Synthèse de la genèse et de l'évolution des lignées structurelles

d'après Jean BERGERET, La personnalité normale et pathologique -1974

- L'évolution :

L'évolution spontanée est assez instable :

- soit une absence de décompensation.
- soit une décompensation seulement à la sénescence chez des sujets très actifs, avec un excessif besoin d'adaptation, une forte attache sociale. Bergeret parle des « vieux chênes » auparavant « hypernormaux » chez qui on observe une décompensation brutale avec la baisse des possibilités d'adaptation due la sénescence ou suite à un réel traumatisme comme le décès d'un proche par exemple. Ils présentent alors un état d'angoisse aiguë pouvant évoluer soit vers une pathologie organique grave, soit vers une démence sénile, soit vers des affections psychosomatiques, soit vers une névrose grave (Bergeret, 1974).
- soit un suicide brutal et inexpliqué.
- soit des «accidents névrotiques ou psychotiques» mal identifiés.

Mais, il existe pour Bergeret deux évolutions plus stables :

- l'aménagement caractériel du côté de la névrose comme défense contre l'angoisse de perte d'objet.
- l'aménagement pervers du côté de la psychose, où la défense contre l'angoisse dépressive porte sur une partie focalisée du réel (le sexe de la femme) sous forme du déni de la castration.

L'évolution par éclatement du tronc commun aménagé :

A l'occasion d'un événement de vie (post partum, deuil ...) jouant le rôle de deuxième désorganisateur, le premier traumatisme est réactivé et une structure narcissique précœdipienne jusque là évitée, est réveillée sous forme d'une crise d'angoisse aiguë proche des états de dépersonnalisation de Bouvet. Cet état, sorte de caricature d'une crise d'adolescence qui n'a jamais eu lieu, nécessite la mise en place de mécanismes de défense plus efficaces selon trois voies psychopathologiques possibles :

- l'organisation névrotique.
- l'organisation psychotique.
- une pathologie psychosomatique.

- L'organisation limite :

Pour Bergeret, l'état limite est une maladie du narcissisme où la relation d'objet est centrée sur une dépendance anaclitique à l'autre et où le Moi se défend essentiellement contre la dépression.

- Le Moi anaclitique :

Il existe deux secteurs opérationnels du Moi :

- un secteur adapté au réel.
- un secteur autonome par rapport à la réalité extérieure ; c'est le secteur anaclitique. Cette dualité de secteur du Moi est à différencier du clivage psychotique car ici, le noyau même du Moi n'est pas touché. Il s'agit d'une adaptation qui permet au Moi une certaine sécurité mais pas une solidité véritable. Le sujet demeure bien trop dépendant des variations de la réalité extérieure.

- La relation d'objet anaclitique :

Elle est à rapprocher de la relation phobique avec un objet contra phobique. Anaclitique vient du terme grec « anaklitos » qui signifie « se coucher contre ». Il

s'agit d'une relation de grande dépendance. Il faut s'appuyer, tout aussi bien en attente passive et en quémante de satisfaction positive, qu'en manipulation agressive de ce partenaire indispensable.

- L'angoisse :

C'est une angoisse dépressive de perte d'objet avec relation de dépendance à l'autre. Il faut la différencier de l'angoisse de morcellement du psychotique et de l'angoisse de castration de la névrose.

- Les instances idéales :

Du fait de l'impasse faite sur le conflit œdipien, le patient « état limite » n'a pas de Surmoi œdipien. C'est l'Idéal du Moi, puéril et gigantesque, qui est le véritable pôle et qui joue une fonction organisatrice dans les processus mentaux, d'où une notable inadaptation. Il y a des ambitions héroïques, démesurées de bien faire pour conserver l'amour et la présence de l'objet et devant la constatation d'un échec se produit un dégoût de soi-même éventuellement projetable sur les autres. La faiblesse du Surmoi explique l'absence du sentiment de culpabilité dans l'organisation limite, le défaut de symbolisation et donc la facilité avec laquelle l'expression verbale passe dans l'acte, l'intolérance aux contradictions et aux incertitudes.

- Les mécanismes de défenses :

- le clivage (dédoublage des imagos, pas de possibilité de concilier les deux imagos contradictoires).
- le déni.
- l'identification projective.
- l'idéalisation pré-dépressive.
- des réactions projectives importantes.
- l'évitement.

- Au plan thérapeutique, Bergeret pense qu'il faut éviter deux écueils :

- un traitement médicamenteux exclusif.
- débiter trop vite un traitement psychanalytique.

En ce qui concerne le traitement psychanalytique, il récuse une cure-type engagée d'emblée du fait du risque d'effondrement narcissique avec morcellement psychotique du Moi et préconise entre autre une psychanalyse analytique d'approche pour renforcer le narcissisme et les défenses contre la dépression (Bergeret, 1992).

4.4.5.3 Autres conceptions psychanalytiques

- L'état limite conçu comme un état (et non une structure), état provisoire ou arrêté, plus ou moins prolongé, de passage d'une structure première fragile (psychotique, névrotique ou perversion) vers une structure seconde plus solide tel que le modélise le psychanalyste lacanien Jean-Jacques Rassial (Rassial, 1999).

- La conception de forclusion locale de Nasio :

Le patient borderline est typiquement celui chez qui plusieurs registres de fonctionnement coexistent. Déjà Freud remarquait qu'il « n'est pas rare qu'une psychose de défense vienne épisodiquement interrompre le cours d'une névrose hystérique ou mixte » (Freud, 1973). C'est pour tenter d'expliquer cette coexistence de différents registres chez un même individu, que Nasio a élaboré sa théorie de « la forclusion locale » (Nasio, 1992) qu'il développe dans la réédition de 2009 de son livre

« Les yeux de Laure » déjà paru en 1987 (Nasio, 2009). Dans la névrose, nous avons affaire à un conflit intrapsychique, et dans la psychose, c'est avec la réalité que le Moi est en rupture. Mais cette rupture n'est jamais totale. Freud remarquait déjà : « le problème de la psychose serait simple et clair si le Moi se détachait totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut-être même jamais » (Freud, 1978). Chez les sujets diagnostiqués borderline, nous trouvons à la fois des mécanismes de défense du registre névrotique ainsi que des mécanismes de défense psychotiques. La forclusion est un mécanisme de défense. Le terme de forclusion, issu du vocabulaire juridique, a été introduit par Lacan pour décrire « le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la névrose ». Ce défaut est celui de l'absence de symbolisation de l'épreuve normative de la castration. Il se traduit par un manque de repères des limites de Soi et une perte du sens de la réalité. Nasio explique que la forclusion, c'est l'incapacité de reconnaître ce qui est perçu. C'est une défense psychique radicale devant une réalité plus qu'incontrôlable, réalité qui ne peut s'inscrire dans le psychisme et qui va se manifester autrement, de façon immédiate ou différée, par des phénomènes sensoriels morbides tels qu'une hallucination, par une manifestation psychosomatique, ou encore par un passage à l'acte. Ces trois types de symptômes ont en commun un défaut de mentalisation, c'est-à-dire une faille dans le processus de symbolisation du psychisme. Le propre de la forclusion est de ne pas permettre la représentation de la réalité traumatique. Cette réalité est perçue par les organes mais elle ne fait pas sens. « Je perçois l'événement bouleversant, mais je ne ressens rien ni ne reconnais la violence qu'il signifie. Or, un refus aussi absolu de l'impact traumatique se paye cher... A la différence du refoulement qui est une défense supportable, la défense forclusive est tellement désespérée qu'elle provoque une faille sérieuse dans le Moi » nous dit Nasio (Nasio, 2009). Mais ce défaut n'est que local, l'atteinte n'est que partielle. Le sujet va ainsi, selon Nasio, fonctionner normalement dans d'autres registres de sa personnalité. On peut ainsi faire l'hypothèse que chez les individus borderline, des réalités produites par forclusion coexistent avec des réalités produites par refoulement. Le fonctionnement de la machine symbolique n'est que localement enrayé.

Winnicott, également, a comparé l'état borderline de Margaret Little à « une sclérose en plaque dont le cerveau serait atteint » avec des lésions disséminées entraînant des troubles mentaux en îlots et donc à la fois des zones de maladie et des zones de santé (Winnicott, 1986).

Nous sommes ici dans une approche plus structurale que temporelle mais bien sûr l'impact traumatique et l'effet de la forclusion est d'autant plus destructeur qu'il a lieu tôt dans l'enfance. Tous les auteurs ayant travaillé sur les patients borderline font référence à un passé traumatique, que la nature du traumatisme soit par excès ou par défaut comme le mettait en évidence Ferenczi. Des patients borderline il y en avait bien sûr du temps de Freud et Ferenczi. Ferenczi se définissait comme le spécialiste des cas difficiles. Confronté à ces situations cliniques où il repère une véritable sidération du Moi, il va d'une part en s'appuyant sur le contre-transfert, modifier le cadre de la cure et dans le même mouvement s'orienter vers une théorie du traumatisme tout à fait éclairante dans la clinique future des personnalités borderline. Il fait l'hypothèse que le Moi a pu être sidéré par un traumatisme, non pas parce que quelque chose est arrivé mais plutôt parce que quelque chose n'a pas eu lieu.

4.5 Antécédents psychiatriques et événements de vie traumatiques de l'enfance

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques, quelques études rétrospectives identifient des précurseurs cliniques ou neuro-développementaux. Dans une étude effectuée sur 107 femmes diagnostiquées comme présentant un trouble de personnalité limite, Goodman a retrouvé une association entre certains symptômes de troubles des conduites de l'enfance et l'instabilité relationnelle du trouble de la personnalité borderline (Goodman, 1999). Van Reekum fait état d'un sous-groupe de patients adultes borderline ayant une histoire d'immaturation neuro-développementale (signes neurologiques légers) ou d'hyperactivité (Van Reekum, 1993). Les études transversales n'ont toutefois pas retrouvé de différence significative sur le plan du diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité entre enfants borderline et non borderline. Il s'agirait en fait d'une différence dimensionnelle infraclinique identifiable par des épreuves neuropsychologiques. Paris, dans une étude transversale portant sur 93 enfants, a comparé un groupe avec trouble de personnalité limite à un groupe sans le trouble et a démontré une différence significative sur le plan des fonctions exécutives grâce à deux épreuves neuropsychologiques (Renaud, 2004). Une autre étude a montré un lien entre l'existence de troubles de l'attention, troubles émotionnels et comportementaux dans l'enfance et l'adolescence et la personnalité borderline à l'âge adulte (Carlson, 2009).

Jusqu'à la fin des années 90, beaucoup d'études ayant porté sur les antécédents traumatiques des borderline, notamment dans la petite enfance, souffraient de sérieuses limitations méthodologiques, comme l'absence d'abord prospectif et de groupe de contrôle. Il n'existait donc que des données empiriques en faveur du rôle des violences physiques et particulièrement sexuelles (notamment dans le cadre familial) dans la genèse de la labilité émotionnelle, du sentiment d'identité diffuse, de l'insécurité profonde avec doute permanent sur les intentions réelles d'autrui (Zanarini, 1979). Cependant, Zanarini conclut en disant que les événements de vie traumatiques de l'enfance associés au trouble borderline seraient les négligences émotionnelles et physiques, les violences psychologiques, physiques, et sexuelles et que les abus sexuels ne sont ni nécessaires ni suffisants pour faire évoluer un sujet vers un trouble de personnalité borderline, mais en revanche, la carence de soins par les parents est un facteur de risque significatif (Zanarini, 1997). Le problème de l'attachement est au cœur de la pathologie. On notait aussi la fréquence des antécédents de séparations, de pertes précoces et d'échec du couple parental. On retrouvait aussi souvent dans les antécédents parentaux une dépression chez la mère, ou un alcoolisme du père (Chaine, 1999).

Dans les années 2000, le lien entre traumatisme précoce et développement d'une personnalité borderline a été réétudié.

Les événements de vie traumatiques précoces semblent être un important facteur de risque du trouble borderline (Mc Lean, 2003). Parmi les facteurs de risque de la naissance, une naissance prématurée a été rapportée plus souvent chez les sujets borderline (Bandelow, 2005). L'attachement a fait l'objet d'une étude en 2007 réalisée dans un hôpital de jour sur une population de 11 adolescents avec le même diagnostic. Tous ces jeunes pouvaient être classés dans la catégorie diagnostique « dysharmonie psychotique » (classification CFTMEA) ou « état limite » (classification CIM-10). Les modalités d'attachement sont diverses au sein de ce groupe ayant pourtant un diagnostic psychiatrique comparable. En revanche, il n'a, malheureusement, pas pu être affirmé un lien entre les différentes modalités d'attachement et les événements de vie recensés étant donné la faiblesse numérique

de l'échantillon (Frottin, 2007). L'étude de Bandelow en 2005 est la première étude qui compare des borderline à des témoins sains au sujet des antécédents traumatiques de l'enfance (66 borderline versus 109 témoins sains). C'est une étude rétrospective. Seuls 6,1% des sujets borderline (contre 61,5% de la population témoin) n'ont rapporté aucun événement de vie traumatique grave dans l'enfance (Bandelow, 2005).

Malgré leur fréquence importante, les traumatismes de l'enfance ne sont pas retrouvés chez tous les borderline (Grossman, 2003) ; (Bandelow, 2005).

De plus, ces antécédents ne sont pas spécifiques au trouble borderline et sont des facteurs de risque de différentes pathologies psychiatriques (Heim, 2006).

Mais ils semblent cependant plus fréquents dans le trouble borderline que dans les autres troubles de la personnalité (Yen, 2002). Déjà, en 1979, Zanarini et ses collaborateurs avaient mis en évidence que les personnalités limites présentaient des antécédents de carences maternelles prolongées et de mauvais traitements répétés plus nombreux que des témoins antisociaux ou dysthymiques (Zanarini, 1979). L'étude d'Hermann en 1989 comparait des sujets présentant des personnalités limites à des sujets antisociaux, schizotypiques et bipolaires et retrouvait des antécédents significativement plus élevés de traumatismes psycho-affectifs graves, tels que subir ou assister à des violences physiques ou sexuelles dans le cadre familial chez les borderline (Hermann, 1989). Cependant, dans l'étude de Lobbestael en 2005, la fréquence et la sévérité des trois types d'abus (physiques, sexuels et psychologiques) sont identiques dans le groupe des sujets borderline et dans celui des sujets antisociaux (Lobbestael, 2005). Les deux troubles de personnalité sont caractérisés par la fréquence des antécédents traumatiques de l'enfance et pour certains auteurs, la personnalité antisociale serait l'équivalent masculin des pathologies borderline prédominant nettement chez les femmes.

Tous les enfants ayant subi des violences sexuelles pendant l'enfance ne présentent certes pas forcément une personnalité limite à l'âge adulte cependant le consensus qui se dégage des études étiologiques est suffisamment net par rapport à l'ensemble des autres troubles de la personnalité pour mériter considération.

Il est intéressant d'étudier les types de traumatismes psychiques associés au trouble borderline. Les sujets borderline rapportent des expériences traumatiques précoces, multiples et répétées (Mc Lean, 2003). L'étude de McLean en 2003 suggère que les abus sexuels en lien avec le trouble borderline sont précoces. Elle compare deux groupes de femmes ayant été abusées sexuellement dans l'enfance. 38 femmes ont été abusées en moyenne vers l'âge de 5 ans et 27 femmes en moyenne vers 16 ans. Le diagnostic combiné d'état de stress post-traumatique (ESPT) et de trouble borderline est significativement plus souvent retrouvé dans le premier groupe (McLean, 2003). Ceci va dans le sens de la théorie psychanalytique qui insiste sur le rôle du traumatisme psychique de la première enfance dans le développement du trouble. Cependant, dans l'étude de Bandelow, trois groupes de sujets ont été faits en fonction de l'âge auquel est survenu le traumatisme (0-5 ans ; 6-10 ans ; 11-15 ans) et aucune différence significative n'a été retrouvée entre ces trois groupes sur le plan du diagnostic de trouble borderline. Une étude américaine de 2000 retrouve un diagnostic de trouble borderline significativement plus fréquent dans un groupe ayant été abusé sexuellement par un mineur comparé à un groupe ayant été abusé par un majeur. Mais il faut noter que dans le premier groupe l'abus sexuel a eu lieu à un âge plus jeune (Rosado, 2000).

L'attitude parentale est significativement plus défavorable dans le groupe borderline que dans le groupe des témoins sains dans l'étude de Bandelow en 2005. Les sujets ont rapporté de plus forts taux de troubles psychiatriques dans leurs familles en général, particulièrement des troubles anxieux, des dépressions et des suicides (Bandelow, 2005). Selon cette étude, les antécédents psychiatriques au premier

degré, constituent le facteur de risque le plus significatif pour le développement d'un trouble borderline puis viennent les abus sexuels. Une autre étude a également fait la corrélation entre un antécédent parental de trouble addictif et la personnalité borderline (Widom, 2009).

De plus, l'antécédent d'abus sexuels dans l'enfance semble être un facteur de mauvais pronostic du trouble borderline (Mc Glashan, 2000) ; (Zanarini, 2006). Une fréquence importante d'abus sexuels et de maltraitance durant l'enfance est retrouvée chez les sujets qui s'automutilent (Green, 1978). L'étude prospective de Wagner et Linehan en 1994 a montré que le risque de comportement para suicidaire ou suicidaire grave était plus élevé dans un groupe de femmes borderline ayant subi des abus sexuels pendant l'enfance. L'étude portait sur 37 femmes borderline et a mis en évidence que 66% d'entre elles avait subi une forme quelconque de violence sexuelle pendant l'enfance et que la gravité des passages à l'acte suicidaires y était fortement corrélée (Wagner, 1994).

Une étude réalisée au Japon en 2010 a étudié l'impact des événements de vie traumatiques de l'enfance sur les traits de personnalité borderline (évalués avec le « Inventory of Personality Organization » IPO), sur les événements de vie négatifs, et sur les traits dépressifs dans une population non-clinique d'étudiants japonais. Les négligences, les abus psychologiques et les abus sexuels prédisent les traits borderline et les traits dépressifs (Igarashi, 2010).

Une autre étude américaine de 2008 a étudié, dans une population de 76 sujets souffrant de troubles addictifs, les facteurs associés au trouble de personnalité borderline. Ainsi, dans cette population, les sujets répondant aux critères diagnostics du trouble borderline rapportent plus d'antécédents de traumatismes dans l'enfance (maltraitements sexuelles, physiques, psychologiques et négligences physiques et émotionnelles). Cependant, seules les maltraitements psychologiques peuvent être, selon cette étude, prédictives du diagnostic borderline dans cette population. Les sujets borderline ont aussi plus d'affects négatifs mais aucune interaction n'est retrouvée entre ces affects négatifs et les abus sexuels. Aucune forme particulière de maltraitance n'est associée à la sévérité du tableau clinique borderline. La dysrégulation émotionnelle est plus importante dans le groupe des sujets borderline et il existe une forte association entre cette dysrégulation émotionnelle et la sévérité du tableau. La dysrégulation émotionnelle expliquerait en partie l'association entre les événements de vie traumatiques de l'enfance et le diagnostic de trouble borderline. Les résultats de cette étude montrent l'importance à la fois d'une vulnérabilité biologique et des événements de vie dans la pathogénie du trouble borderline dans une population de sujets souffrant de troubles addictifs (Gratz, 2008).

Selon de nombreuses études, la participation des événements de vie traumatiques de l'enfance dans le développement du trouble borderline semble aujourd'hui indiscutable (Zanarini, 2002). Cela dit, leur rôle exact dans le développement du trouble n'est toujours pas identifié exactement (Paris, 2007). L'étude de Zweig-Frank en 2006 montre que les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ne sont pas associés aux anomalies neurobiologiques du trouble borderline (Zweig-Frank, 2006). Cela va à l'encontre des résultats de Rinne en 2000 qui suggèrent une corrélation entre le fonctionnement sérotoninergique et les abus physiques et sexuels de l'enfance chez les borderline (Rinne, 2000). L'implication exacte des antécédents traumatiques dans le développement du trouble reste aujourd'hui un point controversé.

Etant donné la fréquence des traumatismes subis dans l'enfance chez les borderline, certains ont considéré ce trouble comme une forme d'ESPT. Cela pose la question du lien entre ESPT et personnalité borderline. S'agit-il de deux troubles séparés, de deux variantes d'un même trouble, de deux troubles comorbides ? Cependant, comme il a été précisé, les traumatismes de l'enfance ne sont pas nécessaires au développement d'une personnalité borderline (Zanarini, 1997). De plus, les critères de l'ESPT sont

précis et ne sont pas forcément retrouvés même après des traumatismes de l'enfance. Néanmoins la personnalité qui ressort le plus souvent associée à l'ESPT est la personnalité borderline (Kedia, 2007). Une étude de 2000 a essayé de répondre à cette question en comparant deux populations : 45 femmes répondant seulement aux critères DSM de l'ESPT et 26 femmes répondant à la fois aux critères de l'ESPT et de la personnalité borderline. Ces femmes avaient toutes été abusées sexuellement dans l'enfance. L'âge de l'abus est plus précoce dans le groupe avec les deux diagnostics. Ce groupe rapporte également plus de violences physiques et verbales de la part de leur mère. Les caractéristiques de l'ESPT sont les mêmes dans les deux groupes et la conclusion des investigateurs est qu'il s'agit de deux troubles distincts et indépendants (Heffernan, 2000). Le lien entre les deux troubles reste aujourd'hui sujet de controverses.

4.6 Diagnostic positif

Devant le polymorphisme et l'aspécificité des tableaux cliniques présentés, de nombreux auteurs se sont attachés à proposer des modèles. Il existe deux façons de modéliser les troubles de la personnalité et notamment l'état limite.

La première est une option pragmatique quantitative, proposant une définition fondée sur le traitement statistique de données comportementales issues de la clinique, que celle-ci soit psychiatrique ou psychanalytique. L'utilisation de questionnaires, d'entretiens structurés ou semi-structurés permet d'améliorer la fidélité inter juges de ce diagnostic.

La deuxième est une option qualitative d'inspiration purement psychanalytique fondée sur l'analyse, au travers d'une « clinique de la relation » ou de techniques projectives, du fonctionnement mental sous-jacent.

4.6.1 Les modèles quantitatifs

4.6.1.1 Option catégorielle

L'approche catégorielle envisage les phénomènes psychiques comme des catégories distinctes d'autres catégories. Elle consiste à répartir les troubles en types fondés sur des critères bien définis. Pour que le trouble soit présent il est nécessaire qu'un certain nombre de critères de la liste établie soit présent. Les critères diagnostiques sur lesquels reposent les classifications psychiatriques catégorielles actuelles sont basés sur le simple jugement clinique et de plus il n'existe pas de critère correspondant à l'évolution clinique, au pronostic, à l'histoire familiale ou encore à la réponse au traitement. Tout ceci rend l'approche catégorielle des troubles de la personnalité très controversée aujourd'hui.

4.6.1.1.1 Les critères de Grinker (1968)

A partir de l'étude de Grinker en 1968, grâce à une analyse de variables comportementales considérées comme reflétant des fonctions du Moi (analyse multifactorielle de données recueillies chez 51 sujets), un syndrome spécifique stable a été dégagé avec quatre critères fondamentaux :

- l'agressivité comme seul affect éprouvé.
- les relations affectives anaclitiques, dépendantes ou complémentaires, jamais réciproques.
- le trouble de l'identité.
- la dépression non mélancolique, sans sentiment de culpabilité mais liée à un sentiment de solitude.

Le « syndrome état limite » présente quatre sous-groupes :

- état limite à la limite de la psychose avec comportements inappropriés, conduites négatives et coléreuses, défaut de perception de soi et de la réalité.
- noyau de l'état limite avec oscillations permanentes dans la relation à autrui, passages à l'acte rageurs ou agressifs, dépression, trouble de l'identité.
- personnalité as if adaptative avec comportements adaptés, relations de complémentarité, pauvreté des affects, manque de spontanéité, défenses de type repli-intellectualisation.
- état limite névrotique proche de la névrose de caractère narcissique (Grinker, 1968).

4.6.1.1.2 Les critères de Gunderson (1975)

En 1975, Gunderson et Singer ont repris les traits et les caractéristiques qui paraissent les plus spécifiques et les plus fréquemment retrouvés dans la littérature de l'époque. Ces critères ont ensuite été révisés en 1978 puis en 1987 (Gunderson, 1989). Ils sont au nombre de six :

- l'impulsivité.
- les actes auto-agressifs répétés.
- les affects dysphoriques chroniques.
- les distorsions cognitives transitoires.
- les relations interpersonnelles intenses et instables.
- la peur chronique d'être abandonné.

Les auteurs ont ensuite proposé comme instrument d'évaluation un entretien semi-structuré, le « Diagnostic Interview for Borderline » (DIB) explorant les modalités de fonctionnement retenues comme importantes pour ce diagnostic. Il a été créé par Gunderson et ses collaborateurs en 1981, révisé en 1989 par Zanarini et ses collaborateurs (DIB-R) ; (Zanarini, 1989), et traduit en français en 1992 par Chaine, Bruins-Slot et Guelfi (Chaine, 1995). A noter que cette traduction française a fait l'objet d'une rétro traduction et d'une étude préliminaire de validation.

Le DIB-R explore les critères diagnostiques suivants :

les affects :

- dépression majeure chronique.
- rage chronique / actes sous l'emprise de la colère.
- solitude, ennui, vide chronique.
- faiblesse, désespoir chronique.
- dévalorisation chronique de l'entourage.

les cognitions :

- pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles.
- expériences persécutives non hallucinatoires.
- expériences « quasi-psychotiques ».

les actions impulsives :

- automutilations.
- efforts suicidaires manipulateurs.
- abus/dépendance à des substances.
- déviance sexuelle.
- autres manifestations impulsives.

les relations interpersonnelles :

- intolérance à la solitude.
- conflits par rapport à la dépendance à autrui.
- relations orageuses.
- préoccupations abandonniques, peur d'être englouti, annihilé.
- dévalorisation, manipulation, sadisme.
- dépendance, masochisme.
- problèmes contre-transférentiels.

- attitudes de demande, de revendication.
- régression en psychothérapie.

Bien que moins inclusif que la première version, le DIB-R a une bonne sensibilité mais sa spécificité reste médiocre, notamment en ce qui concerne le diagnostic différentiel entre la personnalité borderline et les autres troubles de la personnalité.

Sa passation dure 45 minutes environ. Il comprend cent vingt-neuf items. Chaque item est coté de 0 à 2 (0 correspond à une réponse négative, 1 à une réponse probable et 2 à une réponse positive). Les 129 items sont résumés dans ce que l'auteur a appelé des « affirmations récapitulatives », 22 en tout. Ainsi chacun de ces domaines va être coté d'abord par un score « de la section » qui est ensuite réduit à un « score gradué ». Cela fait donc une note globale sur 44 pour le score total et seulement sur 10 pour le score gradué. C'est ce résultat sur 10 qui est utilisé. On considère qu'il existe un trouble de personnalité borderline si le score est égal ou supérieur à 8.

4.6.1.1.3 Les critères de Perry et Klerman (1978)

En 1978, Perry et Klerman ont entrepris un travail similaire à celui de Gunderson. Après avoir extrait tous les traits diagnostiques des principales études de la littérature, soit 104 critères différents, ils ont fait le constat d'une faible congruence et ils ont conclu à l'existence probable d'un concept hétérogène formé de plusieurs sous-types. En 1980, ils ont proposé une échelle d'évaluation, la « borderline personality scale » (BPS) ; (Perry, 1980). Elle a été construite à partir d'une étude cas-témoins comprenant 18 sujets borderline et 102 témoins. Malgré le faible effectif de cet échantillon, la BPS est intéressante en ce qu'elle offre une représentation prototypique du patient limite : narcissiquement préoccupé par lui-même, sans empathie, vulnérable au stress et ayant un faible sens de son identité. Les 81 variables de l'échelle sont réparties en quatre dimensions :

le statut mental :

- comportement agressif et inadapté en situation d'urgence.
- sujet manipulateur, difficile à interroger.
- affects rapportés de l'ordre de la colère, solitude, anhédonie.
- intolérance à l'anxiété, dépersonnalisation, déréalisation.
- tendance aux déductions arbitraires et douteuses en cours d'entretien.

les antécédents personnels :

- épisodes psychotiques brefs lors de psychothérapie ou d'hospitalisation.
- comportements imprévisibles et impulsifs (abus de toxiques, boulimie, impulsions à voler, tentatives de suicides).
- échec dans les réalisations concrètes socioprofessionnelles et affectives.
- sexualité perturbée.

les relations interpersonnelles :

- exploitation d'autrui.
- intolérance à la solitude.
- relations proches orageuses.
- dépendance.

les mécanismes de défense :

- projection des inhibitions et des insatisfactions avec passage à l'acte.
- idéalisation primitive.

4.6.1.1.4 Les critères de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) ; (American Psychiatric Association, 2000)

-Le DSM-IV de 1994, traduit en français en 1996 propose des modifications importantes par rapport au manuel précédent, allant dans le sens d'un rapprochement avec les critères retenus par Gunderson. On note l'intégration au sein des critères diagnostiques d'un 9^{ème} critère qui est celui de « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ». Le critère d'intolérance à la solitude du DSM-III-R se limite à une intolérance à l'abandon dans le DSM-IV où il est également précisé que l'abandon peut être réel ou imaginaire ce qui est une manière d'introduire la dimension fantasmatique. Les auteurs minimisent la comorbidité avec la dépression majeure. Dans le critère « instabilité affective », le terme « dépression » a été remplacé par « dysphorie épisodique intense ». Le critère explorant les perturbations identitaires, jugé insuffisamment spécifique, a fait l'objet d'une redéfinition et la notion d'ennui chronique a été supprimée et remplacée par « sentiment chronique de vide ». Cette modification contribue à donner une place plus importante à l'impression de vide qui constituerait le symptôme essentiel, nucléaire, de la personnalité limite.

La personnalité borderline est définie dans le DSM IV par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présente dans des contextes divers. Pour retenir le diagnostic de trouble de personnalité borderline, il faut au moins cinq des neuf manifestations suivantes :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
- mode de relations interpersonnelles instables intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours).
- sentiment chronique de vide.
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- survenue transitoire dans des situations liées au stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

- Le DSM-IV-TR de 2000, traduit en français en 2003 n'apporte pas de nouveauté dans la définition du trouble borderline.

- Le DSM-V : la publication du manuel est prévue pour mai 2013. Le DSM-V est encore en développement et les révisions proposées ne sont pas finales. Une « reconceptualisation » majeure des troubles de la personnalité est proposée. Les traits spécifiques retenus pour le trouble de personnalité borderline sont : névrosisme, antagonisme, désinhibition, schizotypie.

4.6.1.1.5 Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ; (Organisation Mondiale de la Santé, 1993)

L'Organisation Mondiale de la Santé, a longtemps ignoré l'état limite. Dans la dixième version de la CIM, il a été proposé, pour la première fois, à l'intérieur d'une catégorie de personnalité pathologique appelée « personnalité émotionnellement labile », deux sous-types, les personnalités impulsive et borderline. Les auteurs mettent néanmoins en garde les utilisateurs en précisant que ce registre de trouble a été retenu dans un souci de faire progresser la recherche clinique en la matière, plus que pour sa pertinence clinique réelle.

Les critères diagnostiques de la personnalité émotionnellement labile retenus dans la CIM-10 sont :

- pour le type impulsif : présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes dont obligatoirement la deuxième :

- tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.
- tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.
- tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.
- difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.
- humeur instable et capricieuse.

- pour le type borderline : présence d'au moins trois des cinq caractéristiques du type impulsif avec de plus au moins deux des caractéristiques suivantes :

- perturbations et incertitudes concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).
- tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.
- efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.
- menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto agressifs.
- sentiments permanents de vide.

Le tableau 5 suivant montre la juxtaposition des critères de la CIM-10 et du DSM-IV.

Tableau 5 : Juxtaposition des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV pour la personnalité émotionnellement labile/borderline

| CIM-10 PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE | DSM-IV PERSONNALITÉ BORDERLINE |
|--|--|
| TYPE IMPULSIF | |
| Présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes, dont obligatoirement (2) : | Présence d'au moins cinq des manifestations suivantes : |
| <p>(1) Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.</p> <p>(2) Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.</p> <p>(3) Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.</p> <p>(4) Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.</p> <p>(5) Humeur instable et capricieuse.</p> | <p>(4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.</p> <p>(8) Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>(6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).</p> |
| TYPE BORDERLINE | |
| Présence d'au moins trois des caractéristiques du type impulsif, avec de plus, au moins deux des suivantes : | |
| <p>(1) Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).</p> <p>(2) Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.</p> <p>(3) Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.</p> <p>(4) Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.</p> <p>(5) Sentiments permanents de vide.</p> <p style="text-align: center;">—</p> | <p>(3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.</p> <p>(2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.</p> <p>(1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).</p> <p>(5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.</p> <p>(7) Sentiments permanents de vide.</p> <p>(9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.</p> |

D'après FÉLINE A, GUELFY JD, HARDY P. Les troubles de la personnalité Médecine-Sciences Flammarion, 2006.

Il ressort de ce tableau que la plupart des critères de la personnalité émotionnellement labile type borderline et de la personnalité borderline sont communs. Il existe plus précisément huit critères identiques : impulsivité, tendance aux éclats de colère, instabilité affective, perturbation de l'identité, mode de relations interpersonnelles instables et intenses, efforts démesurés pour éviter l'abandon, menaces ou gestes auto-agressifs, sentiments permanents de vide.

Un seul critère de la CIM-10 n'est pas repris dans le DSM-IV : « difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate ».

Un seul critère du DSM-IV n'est pas repris dans la CIM-10 : « survenue transitoire dans des situations liées au stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ».

De plus dans la CIM-10, il y a une plus grande insistance sur la présence de manifestations témoignant d'une tendance à l'impulsivité. Alors que le diagnostic de personnalité borderline reste possible même en l'absence de tout critère d'impulsivité, tel n'est pas le cas pour le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline où il faut au moins trois critères d'impulsivité pour retenir le diagnostic.

Dans l'ensemble, il ressort que les concepts de personnalité émotionnellement labile, type borderline et de personnalité borderline sont très proches. Les systèmes diagnostiques DSM et CIM sont compatibles l'un avec l'autre.

Nous allons maintenant évoquer les différents instruments d'évaluation permettant aujourd'hui d'aider au diagnostic de trouble borderline selon les critères DSM et /ou CIM avec tout d'abord les check-lists de critères, puis les entretiens semi-structurés, et enfin les questionnaires.

- les check-lists de critères : les critères proposés par les deux grandes classifications actuelles des troubles de la personnalité sont réunis sous formes de listes. C'est au terme d'un examen clinique que le clinicien note la présence ou l'absence des critères caractérisant le trouble. Il vérifie si le sujet qu'il vient d'examiner peut être diagnostiqué selon cette liste comme ayant tel ou tel trouble (nécessité d'un nombre minimal de critères). Les listes traduites en français sont les « Symptom Check-lists for ICD-10 Mental Disorders » (Janca, 1996). Les « International Diagnostic Check-lists » évaluent aussi les troubles mentaux et donc les troubles de personnalité selon les critères CIM-10 et DSM-IV mais n'ont pas encore été traduites en français (Hiller, 1995).

- les entretiens semi-structurés pour l'évaluation des troubles de la personnalité consistent en des questions ou des directives devant permettre au clinicien de vérifier la présence ou l'absence des critères définissant les troubles de la personnalité.

- Le « Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders » (SIDP-IV) a été le premier entretien structuré pour l'évaluation de l'ensemble des troubles de la personnalité selon le DSM-III. Il a été revu en 1995 selon le DSM-IV (Pfohl, 1995) et traduit en français par A. Pham et JD. Guelfi en 1998. Il contient 86 questions. Cet instrument a été utilisé dans une étude pour valider l'approche catégorielle de la personnalité borderline par le DSM-IV (Sanislow, 2002). Un autre travail a comparé le diagnostic de trouble de personnalité borderline fait soit cliniquement soit par le SIDP-IV dans une population de sujets non hospitalisés : la méthode clinique ne donne que 0,4% de borderlines contre 14,4% pour le SIDP-IV mais le diagnostic clinique grimpe à 9,2% si les cliniciens ont accès à l'information recueillie à l'aide de l'entrevue structurée (Zimmerman, 1999).

- Le « Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders » (SCID-II) a été traduit en français par Cottraux en 1999 (First, 1997). Il comporte 140 items et évalue l'ensemble des troubles de la personnalité selon les critères du DSM-IV. Il a aussi été utilisé pour valider la définition catégorielle du DSM-IV de la personnalité borderline (Johansen, 2004). Il est ressorti de ce travail, que, malgré une bonne

consistance interne de la définition dans le DSM-IV de la personnalité borderline, plusieurs critères n'étaient pas assez spécifiques. Le critère le plus sûr est selon cette étude « les relations interpersonnelles instables ». Le critère le moins sûr est « le sentiment de vide chronique ».

Cette étude a montré également que la hiérarchie des critères devrait être revue. Il est ainsi proposé la classification suivante :

- en premier lieu viendrait le « mode de relations interpersonnelles instables » (critère 2 dans la classification actuelle)
- puis suivraient, « l'impulsivité » (critère 4), « la perturbation de l'identité » (critère 3), « les colères intenses et inappropriées » (critère 8)
- puis avec encore moins d'importance, « l'instabilité affective » (critère 6), la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations » (critère 5), les « efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés » (critère 1), la « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » (critère 9)
- et enfin, le dernier critère de la liste serait le critère 7 : « sentiments permanents de vide ».

Par ailleurs, il n'a pas été retrouvé dans ce travail un « noyau » borderline c'est-à-dire un ensemble de critères irréductibles que l'on retrouverait dans tous les cas. Le concept état-limite reste un concept très hétérogène.

Une étude espagnole a aussi utilisé cet instrument pour le confronter au diagnostic clinique : 30% des patients diagnostiqués cliniquement borderline ne l'ont pas été par le SCID-II (Andion, 2008).

- L'« International Personality Disorder Examination » (IPDE), régulièrement révisé, permet d'établir des diagnostics catégoriels de trouble de personnalité en fonction du DSM-IV et/ou de la CIM-10 et il donne des scores dimensionnels. L'IPDE a été créé en 1988 par A.Loranger puis révisé en 1994 et traduit en français par C.Pull en 1994. Sa passation dure 90 à 120 minutes environ. Il est réparti en six chapitres : travail, soi, relations interpersonnelles, affects, épreuve de réalité et contrôle des pulsions. Il est publié sous la forme de deux modules différents (un module DSM-IV à 99 items et un module CIM-10 à 67 items). D'après la CIM-10 et le DSM-IV, un trouble de la personnalité constitue une déviation durable et l'IPDE tient compte de ce critère de durée en demandant que les comportements anormaux persistent au moins cinq ans. D'après les deux systèmes, un trouble de la personnalité débute tôt, à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence et l'IPDE tient compte également de ce critère en exigeant qu'au moins un critère caractéristique du trouble se soit manifesté avant l'âge de 25 ans. Chaîne, Guelfi et leurs collaborateurs ont comparé, sur une série de soixante neuf sujets, le diagnostic clinique et les diagnostics standardisés obtenus en utilisant le DIB-R et l'IPDE (Chaîne, 1999). L'impression du clinicien est d'après ce travail la modalité diagnostique la plus inclusive. Sur l'ensemble des sujets pour lesquels les cliniciens avaient porté le diagnostic de personnalité borderline, le DIB-R (et le DSM-III-R) en renaient les deux tiers et l'IPDE (et la CIM-10) seulement la moitié. Ce dernier groupe est le plus homogène et manifeste obligatoirement le critère impulsivité. Les auteurs ont fait l'hypothèse que les sujets non confirmés borderline par la CIM et le DSM-III seraient en fait schizoïdes ou schizotypiques selon ces mêmes classifications (on rappelle que le DSM-III et la CIM-10 ne contiennent pas le critère « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ».)

Les entretiens semi-structurés constituent le gold-standard en matière d'outil diagnostiques de trouble de la personnalité. Cependant, ils sont exigeants en matière de temps (de 45 minutes à 120 minutes) et nécessitent un entraînement. Le choix de la méthode diagnostique est donc à faire en fonction des objectifs cliniques ou de recherche que l'on poursuit.

- les questionnaires : il s'agit en général d'auto-questionnaires. Le sujet est invité à répondre par vrai ou faux à des propositions qui explorent la présence ou l'absence de critères CIM-10 ou DSM-IV définissant les troubles de la personnalité. Les questionnaires peuvent explorer un ou plusieurs troubles de la personnalité à la fois. Les questionnaires constituent un outil dont la sensibilité est supérieure à celle de l'observation clinique et sont donc en général beaucoup plus utilisés pour le dépistage que pour le diagnostic d'un trouble de personnalité.

- Le « Personality Diagnostic Questionnaire » (PDQ) est un auto-questionnaire de 99 items explorant toutes les personnalités décrites dans le DSM. Sa dernière version PDQ-4+ est basée sur le DSM-IV. Il a été traduit en français en 2003. Le PDQ-4+ peut constituer un bon outil d'aide au diagnostic de la personnalité borderline, en particulier en tant qu'instrument de dépistage, sa sensibilité étant supérieure à celle des classifications internationales (DSM-IV et CIM-10). Sa validité pour le diagnostic de la personnalité borderline a été montrée dans une thèse de 2010 (Bichara, 2010).

- Le questionnaire de dépistage du SCID II est un auto-questionnaire de 119 questions en vrai/faux qui est utilisé comme base de l'entretien structuré. Il possède de bons indices de sensibilité et de spécificité.

- La « Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid » (VKP) est un auto-questionnaire de dépistage de l'IPDE (Duijsens, 1993). Il comprend donc trois versions : CIM-10 (107 questions) ; DSM-IV (164 questions) ; et version combinée. Il a été validé en français par Camus et ses collaborateurs en 1997. Il existe aussi une version abrégée, la VKPV, ne comprenant que 36 questions réparties en 3 dimensions : image de soi négative, impulsivité et identité. A chaque critère d'un type de personnalité correspond une ou plusieurs questions. L'analyse des réponses permet à la fois une approche qualitative de la personnalité en posant un diagnostic définitif ou probable pour chacun des troubles de la personnalité et d'autre part une approche quantitative de ces différents troubles de la personnalité en calculant le score dimensionnel de chacun d'eux. La durée de réalisation du questionnaire est d'environ 40 minutes. La sensibilité est supérieure à 80% et la VKP diagnostique 2,5 fois plus de troubles de la personnalité que l'entretien semi-structuré IPDE, sa spécificité est donc faible.

- La « Borderline Symptom List » (BSL) est un auto-questionnaire développé en Allemagne, basé sur les critères du DSM-IV, du DIB-R mais aussi sur l'avis d'experts cliniciens et de patients borderline. La version complète comporte 95 items et il existe une version courte qui n'en comporte que 23 (BSL-23). La BSL n'a pas encore été traduite en français. Une étude affirme la validité de la BSL et de la BSL-23 pour le diagnostic du trouble borderline (Glenn, 2009).

4.6.1.1.6 Les critères de Millon (1981 et 1986)

La contribution de Millon, à partir du « Millon Clinical Multiaxial Inventory » (MCMI) en 1981 puis du MCMI -II (1986), garde une certaine originalité par rapport aux courants précédemment décrits. La personnalité cycloïde initialement décrite, rebaptisée instable en 1981 est devenue borderline en 1986. Celle-ci apparaît plus proche d'une organisation de la personnalité globalement dysfonctionnelle que d'un trouble distinct comme dans le DSM. Le questionnaire de Millon est conçu comme un outil dimensionnel mais avec pour objectif d'évaluer les troubles de la personnalité, avec des catégories proches de celles du DSM. L'auteur utilise un modèle théorique qui lui est propre, définissant les troubles de la personnalité sur la base de cinq types de renforcement comportemental différents : dépendance à autrui, indépendance, ambivalence, discordance et détachement. Chacun de ces types peut être associé à un comportement actif ou passif, à des degrés variables. La personnalité borderline décrite par cet auteur en 1986 possède les caractéristiques suivantes : humeur labile,

brusquerie comportementale, image de soi incertaine, relations interpersonnelles paradoxales, particularités cognitives, mécanismes régressifs, internalisations contradictoires incompatibles, identité diffuse.

4.6.1.1.7 Les critères de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (quatrième édition) ; (CFTMEA-R 2000)

Il s'agit d'un outil utilisé depuis 1987, régulièrement réactualisé, sous la direction du Pr. R.Misès et du Dr. N.Quemada. Le chapitre 3 de l'axe I général, antérieurement dénommé « troubles de la personnalité et troubles évolutifs hors névrose et psychose » s'intitule désormais « pathologies limites, troubles de la personnalité ». Ceci répond à la tendance qui vise à réunir dans ce cadre, sur des critères cliniques et psychopathologiques clairement définis, des organisations qui trouvent place entre les troubles névrotiques et les psychoses.

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self.
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle 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 : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives et entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation Soi-non Soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses.
- des failles narcissiques constantes ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

Des ouvertures de type névrotique se dessinent mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. 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.

Les sous-catégories suivantes constituent les regroupements syndromiques les plus fréquents.

-3 .0 Dysharmonies évolutives : classer ici les troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multifactorielle, d'instauration précoce, avant six ans qui entraîne un développement dysharmonique. Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échange inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent conduire à une restriction durable des potentialités. Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturité, l'existence

d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.

-3 .1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité : classer ici des troubles dont la symptomatologie variable d'un cas à l'autre et dans son évolution ne compromet pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites. Les traits les plus caractéristiques associent :

- la souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, l'avidité sans possibilité de comblement.

- les sentiments de moindre valeur, les défauts dans la régulation de l'estime de soi.

- les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, les attaques de panique.

- les retards de développement affectif, les tendances régressives, les conduites de dépendance.

Il faut y inclure les troubles de type narcissique, anaclitique, schizoïde, pseudo-névrotique, abandonnique, les personnalités à faux self, certaines manifestations d'anxiété, certains troubles d'allure phobique, hypochondriaque, obsessionnelle, certains agirs, lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus.

Correspondance CIM-10 : F60.31 (personnalité émotionnellement labile type borderline) sans être totalement assimilable.

-3 .2 Pathologies limites à dominante schizotypique : classer ici des troubles caractérisés par des anomalies de la pensée et des affects où dominant la froideur, le retrait, la pauvreté du contact, l'autosuffisance, des pensées vagues, souvent diffuses, parfois étranges, des ruminations obsessionnelles, des préoccupations dysmorphophobiques ou nosophobiques. Le trouble évolue de façon durable, mais souvent fluctuante sans qu'il existe de symptômes typiques ou dominants de schizophrénie.

-3.3 Pathologies limites à dominante comportementale : classer ici des troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions. Les traits de la personnalité sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par des affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites addictives.

-3.4 Dépressions liées à une pathologie limite : ces manifestations seront classées ici lorsqu'elles occupent la première place du tableau clinique. Cette cotation sera associée à celle de la sous-catégorie qui permet de caractériser le mieux les troubles du sujet.

-3.8 Autres pathologies limites

-3.9 Pathologies limites non spécifiées

4.6.1.2 Option dimensionnelle

Les descriptions de la personnalité ont dès l'origine, dans la doctrine des quatre humeurs, implicitement adopté un modèle dimensionnel, admettant une variation d'intensité continue de chaque dimension tempéramentale. Les types de Kretschmer sont significatifs de ce point de vue. Jung en 1967 propose une première approche dimensionnelle de la personnalité. L'approche dimensionnelle consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de traits de personnalité plus ou moins accusés, c'est-à-dire par leur quantification du normal au pathologique. Une dimension correspond à un continuum entre un trait de personnalité normal, un trouble de personnalité et une psychopathologie. Il faut bien différencier les troubles de personnalité ou personnalités pathologiques des types ou profils de personnalité qui s'intègrent dans une « normalité » mais donnent la coloration affective, émotionnelle de l'individu et inspirent ses réactions comportementales selon les circonstances. La personnalité normale est définie, dans cette perspective dimensionnelle, comme étant la synthèse de variations dans différentes dimensions de la personnalité, les variations extrêmes étant considérées comme statistiquement divergentes. Les personnalités normales peuvent donc être différenciées des personnalités pathologiques d'une part d'un point de vue statistique car les personnalités pathologiques présentent des variations quantitatives au sein de la normale et d'autre part, d'un point de vue social. En effet, les personnalités pathologiques sont à l'origine d'un trouble permanent et stable qui apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et qui a des répercussions personnelles et sociales (réponses du sujet inadaptées entraînant une souffrance personnelle et /ou de l'entourage et une altération du fonctionnement social). Bien que pressentie par de nombreux auteurs comme ayant une valeur heuristique, l'approche dimensionnelle des troubles de la personnalité n'a jusqu'à présent donné naissance qu'à un faible nombre d'instruments diagnostiques utilisables en pratique courante :

- Le « Minnesota Multiphasic Personality Inventory » (MMPI) créé par Hathaway & McKinley en 1943.
- Le « Sixteen Personality Factor questionnaire » (16PF) créé par Cattell et ses collaborateurs en 1993.
- L'échelle de recherche de sensation créée par Zuckerman en 1971.
- Le « Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System » (BIS/BAS) créé par Gray en 1971 ; (selon le modèle d'inhibition et d'activation comportementale de Gray).
- Le « Eysenck Personality Questionnaire », (EPQ) créé par Eysenck en 1975 (Eysenck, 1975) ; (selon le modèle des « big three » d'Eysenck). Il s'agit d'un auto-questionnaire qui évalue 3 dimensions : extraversion, névrosisme, psychoticisme. Il a été révisé en 1985 (EPQ-R). Cette dernière version abrégée comporte 48 items.
- Le « Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire » (DAPP-BQ) créé par Livesley en 1986 ; (selon le modèle à 18 facteurs de Livesley).
- Le « Revised Neuroticism-Extraversion-Openness Personality Inventory » (NEO PI-R) ; (selon le modèle des « big five » de Costa et McCrae) ; (Costa, 1990). Cet instrument permet l'évaluation des cinq domaines principaux de la personnalité. Il est reconnu internationalement comme l'instrument de référence pour l'évaluation des cinq dimensions OCEAN : Ouverture à l'expérience, caractère consciencieux, extraversion-introversion, agréabilité, névrosisme. Il comporte 240 questions auxquelles le sujet doit répondre sur une échelle en cinq points.
- Le « Big Five Inventory » (BFI) ; (selon le même modèle des « big five » de Costa et McCrae). Il est composé de 44 items.

- Le « Temperament and Character Inventory » (TCI) ; (selon le modèle psychobiologique de Cloninger) ; (Cloninger, 1993). Il s'agit du modèle utilisé pour notre travail.

Les différents psychologues de la personnalité ne s'accordent pas sur le nombre de dimensions qui caractérisent la personnalité. Pour Eysenck (1967) et Tellegen (1985), trois dimensions sont suffisantes, alors que Cattell (1957) en a défini seize et que Guilford et Zimmerman (1956) en ont déterminé quatorze. Plus récemment, Zuckerman (1994) a proposé un modèle comprenant trois, cinq ou sept dimensions. Finalement, depuis une dizaine d'années, différents auteurs ont montré que cinq dimensions principales sont suffisantes pour appréhender l'ensemble des traits de personnalité (Digman, 1990 ; Goldberg, 1990 ; John, 1990 ; Goldberg et Rosolack, 1994). Le fait que le nombre de facteurs de ces modèles dimensionnels soit différent repose, entre autres, sur les différentes méthodes d'analyse factorielle utilisées par les auteurs. L'analyse factorielle est une méthode statistique qui permet de réduire, à partir de l'analyse des corrélations existantes, un grand nombre de variables à un nombre plus restreint. Cette démarche permet tout d'abord de déterminer les variables sous-jacentes plus fondamentales que l'on appelle des facteurs. Ensuite, elle permet de déterminer la relation entre les facteurs et les mesures ou les tests qui les ont fournis. Cette relation s'exprime en terme de saturation et indique la mesure dans laquelle chaque facteur influence les résultats des tests. Le nombre de facteurs dégagés par l'analyse factorielle dépend de la technique d'analyse utilisée. Ce point peut donc expliquer que les différents psychologues de la personnalité ne s'accordent pas sur le nombre de dimensions qui détermine la personnalité. D'ailleurs, le nombre de facteurs de la théorie de Cattell peut être réduit par la suite grâce à une analyse factorielle secondaire. Ainsi, le modèle de Cattell comprend huit facteurs secondaires. Par ailleurs, pour Eysenck (1994), les traits de Cattell ne sont pas des traits fondamentaux. En outre, McKenzie (1988) a montré que ces traits peuvent se résumer en trois facteurs principaux qui sont sensiblement comparables aux trois dimensions de la théorie d'Eysenck.

On distingue des modèles descriptifs qui définissent les dimensions fondamentales de la personnalité avant d'en décrire les explications causales et des modèles causaux qui sont focalisés sur les relations entre les mécanismes biologiques et les dimensions de la personnalité. Les modèles de Allport (1937), de Cattell (1957) et le modèle des cinq facteurs (Digman, 1990 ; Goldberg, 1990 ; John, 1990 ; Goldberg et Rosolack, 1994) sont des modèles descriptifs. Les modèles d'Eysenck (1967, 1990, 1991, 1994), de Gray (1970, 1982), de Zuckerman (1994, 1995), de Tellegen (1985) et de Cloninger (1986) sont des modèles causaux. La plupart des modèles basés sur les substrats biologiques de la personnalité sont directement ou indirectement en relation avec la théorie d'Eysenck.

Selon le modèle des « big five », la personnalité borderline est caractérisée par un haut degré de névrosisme, associé à une constellation de degrés adaptatifs variables sur chacune des quatre autres dimensions (Chaine, 1999). Dans cette conception, l'état limite n'est plus réduit à des listes de critères mais à une multitude de combinaisons de traits collant au plus près au comportement individuel de chaque patient. La critique de ce type de modèle porte, pour de nombreux auteurs, sur sa difficulté de maniement et de conceptualisation, ainsi que sur sa validité même, les traits tirés de l'observation directe n'ayant pas tous la même valeur clinique et psychopathologique.

4.6.1.3 Option intermédiaire

- Le modèle original de Kernberg combine les options catégorielles et dimensionnelles de la personnalité et comporte cinq axes :

Le degré d'intégration du Moi : le syndrome d'identité diffuse est la dimension fondamentale qui conditionne la gravité des distorsions du fonctionnement mental du patient.

Le degré de développement du Surmoi : il constitue l'élément pronostique majeur.

La gravité du traumatisme ou de l'agression : il s'agit des dysfonctionnements familiaux sévères ainsi que des sévices physiques et sexuels.

L'axe dimensionnel extraversion /introversion : proche de la notion de tempérament, il serait de nature essentiellement génétique, influençant un mode général des conduites et l'établissement de relations objectales au début de la vie. Il permettrait de définir le seuil des réactions affectives.

La dysrégulation entre euphorie et dépression : elle serait également une disposition d'origine génétique.

Ce modèle permet de classer les différents registres de personnalité sur un continuum dimensionnel allant des prépsychoses au fonctionnement névrotique et d'y intégrer les hypothèses étiopathogéniques classiquement retenues dans la littérature.

Le « Borderline Personality Interview » (BPI) est un outil récent (Leichsenring, 1999). C'est un auto-questionnaire de 53 items basé sur le concept d'organisation limite de Kernberg. Une réponse positive à plus de 20 items suggère une organisation limite. Le BPI est censé être compatible avec le DSM-IV et présente une bonne sensibilité et une bonne spécificité.

- Le "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) :

Cet instrument d'inspiration dimensionnelle peut aussi être employé dans une perspective mixte. Il a été créé en 1943 par Hathaway et McKinley. Il s'agit en fait plus d'un auto-questionnaire de psychopathologie générale. Il s'agit de l'outil le plus utilisé au niveau mondial, aussi bien en pratique clinique qu'en recherche. Le MMPI-2 a été publié en 1989 par Butcher et comporte 567 items. Il y a eu une validation transculturelle. En plus des quatre échelles de validité ou d'attitude de réponse, les dix échelles cliniques évaluées par le MMPI-2 sont les suivantes : hypochondrie, dépression, hystérie de conversion, déviation psychopathique, masculinité-féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale.

Il montre une absence de profil type spécifique de la personnalité borderline mais une élévation des échelles dépression, déviation psychopathique, schizophrénie, paranoïa et psychasthénie (Hathaway, 1996).

La sous-échelle BPD, proposée en 1985 par Morey et ses collaborateurs regroupent les 22 items du MMPI qui correspondent aux principaux critères diagnostiques du DSM de la personnalité borderline. Si elle permet de différencier ces sujets des patients présentant d'autres troubles de personnalité, elle ne les distingue pas de patients souffrant uniquement de troubles de l'humeur.

4.6.2 Les modèles qualitatifs : tests projectifs

4.6.2.1 Le test de Rorschach

Une configuration particulière se dégage de cette épreuve en faisant un des éléments déterminants du diagnostic.

Un matériel informel est proposé au patient sollicitant directement son organisation fantasmagorique.

La schématisation proposée par Allilaire est la suivante :

- prévalence des mécanismes de sous-inclusions : perceptions fragmentaires et parfois absurdes de l'image proposée, renvoyant à une anatomie morcelée ; incapacité de dégager des éléments communs à des catégories de perception.

- prévalence des mécanismes de sur-inclusions : toutes les informations sont traitées sur un même plan sans stratégie de classification avec des généralisations abusives (Allilaire, 1985).

La schématisation proposée par Timsit est la suivante :

- maintien des liens avec la réalité.
- luxuriance des protocoles (nombre élevé de réponses, diversification des déterminants, des contenus, liberté des associations, originalités), « expression de la richesse de la vie fantasmatique mais aussi de la transparence d'un inconscient que des défenses névrotiques polymorphes et peu structurées ne sont pas en mesure d'endiguer ».
- coexistence de registres différents (psychotiques, névrotiques, normaux, voire psychopathiques) et mise en fonction quasi-simultanée.
- constance des indices d'anxiété.
- présence de thèmes privilégiés renvoyant au trouble profond de l'identité (thèmes de naissance, foetus, embryons ...), et à une toute puissance magique.

Cette appréhension confuse et contradictoire du matériel peu structuré du test reflète les distorsions perceptives latentes de ces patients, contrastant avec leur bon contrôle apparent de la réalité. La symptomatologie quasi psychotique transitoire, survenant par exemple en situation de stress aigu, en est une illustration clinique.

On note une oscillation permanente entre processus primaires et processus secondaires de pensée. Il existe d'un côté des processus secondaires de pensée adaptatifs d'assez bonne qualité et d'un autre côté, le sujet est incapable de contenir de brutales irruptions fantasmatiques qui exercent un effet déstructurant. On remarque de plus une tolérance à l'égard de productions déviantes (Timsit, 1974).

Une étude du test de Rorschach a été réalisée par Burla en 1997. Elle a porté sur 20 sujets borderline, comparés à 20 sujets psychotiques et à des sujets névrosés. Elle montre, que dans le groupe borderline, on retrouve plus de signes de dépendance affective que dans les deux autres groupes, plus de signes d'hostilité que chez les psychotiques. De plus, chez les borderline, on note une utilisation plus fréquente de la dévalorisation, de l'identification projective, et des confabulations que chez les patients névrosés (Burla, 1997).

4.6.2.2 Le Thematic Apperception Test (TAT)

Les réponses du sujet borderline au TAT contrastent avec celles apportées au Rorschach. Ficheux insiste sur le respect, face à un matériel formel, de l'épreuve de réalité, sur la capacité à instaurer des liens, à construire une histoire avec des règles, sur la cohérence interne du récit, sur la maîtrise de la distance réflexive (Ficheux, 1993).

Il convient de citer le travail effectué par Zalewski en 1991 qui est une revue de la littérature sur l'utilisation du Rorschach et du MMPI pour le diagnostic du trouble de personnalité borderline (Zalewski, 1991). D'après cette revue, il n'y a aucune preuve réelle pour conforter l'hypothèse communément soutenue que les sujets borderline montrent plus d'altérations sur des mesures non structurées que sur des mesures objectives...

4.7 Dernières données épidémiologiques

4.7.1 Caractéristiques sociodémographiques

La prévalence de la personnalité borderline a été estimée entre 2 et 4% de la population générale selon les dernières données de l'OMS. L'APA donne les chiffres suivants : 2% de la population générale ; 10% des consultations psychiatriques ; 15 à 20% des patients hospitalisés en psychiatrie et 30 à 60% des patients présentant un trouble de personnalité (33% des patients connus en ambulatoire avec un autre trouble de personnalité et 60% des patients hospitalisés présentant un autre trouble de personnalité). Les chiffres donnés par Linehan en 2000 sont les mêmes. Une prévalence moyenne de 1,35% de la population générale a été retrouvée par Torgersen (Torgersen, 2001). Lieb en 2004 parle d'une prévalence estimée entre 0,7 et 1,8% de la population générale (Lieb, 2004). Dans les études épidémiologiques plus récentes de Lenzenweger et de Grant la prévalence est estimée entre 0,5% et 5,9% de la population générale (Lenzenweger, 2007) ; (Grant, 2008).

La plupart des études épidémiologiques s'accordent à dire qu'il s'agit du trouble de personnalité le plus fréquent (Torgersen, 2005) ; (Gunderson, 2009).

Une étude sur une population témoin retrouve un taux de 5,9% de borderline, ce qui montre la forte prévalence de sujets borderline non suivis sur le plan psychiatrique (Grant, 2008).

Dans une cohorte d'utilisateurs de premiers soins médicaux, on retrouve une prévalence de borderline 4 fois plus importante que la prévalence de ces derniers dans la population générale (Gross, 2002). Ils semblent utiliser le système de soins plus que n'importe quelle autre catégorie de patients psychiatriques (Bender, 2001). Ils auraient davantage recours aux différents spécialistes (Sansone, 2011).

Le trouble est rencontré le plus souvent chez des sujets jeunes, séparés ou divorcés, ayant de faibles revenus et un faible niveau d'éducation (Grant, 2008). Beaucoup de ces sujets sont sans activité professionnelle et n'ont pas de diplômes d'études secondaires (Widom, 2009). Les sujets travaillant, choisissent plutôt des professions indépendantes car ils ne supportent ni la contrainte ni l'autorité. Ils sont attirés plutôt par des professions artistiques ou complexes comme la musique, la littérature, la religion, le droit, la santé mais aussi disqualifiées par rapport à leur formation (Stone, 1993). Dans l'étude de Stone, l'insertion socioprofessionnelle des borderline est bien meilleure que celle des schizophrènes. Cependant, à la fin du suivi, le taux de mariage des sujets borderline n'est que de la moitié de celui de la population générale et les femmes ayant des enfants y sont quatre fois moins nombreuses. Leurs partenaires présentent des perturbations psychologiques complémentaires (Stone, 1990).

Concernant le sexe ratio, il existe une prépondérance féminine nette. La proportion de femmes est de 75% à 80% dans des populations de patients (Gunderson, 1985) ; (American Psychiatric Association, 2000). Marsha Linehan en 1993 dans son manuel de guidance thérapeutique utilise d'ailleurs exclusivement le genre féminin et parle des « patientes limites » (Linehan, 1993). Lieb en 2004 parle de 7 femmes pour 3 hommes borderline (Lieb, 2004). Cependant, les études américaines plus récentes disent que cette répartition ne semble pas si évidente (Torgersen, 2005) ; (Grant, 2008).

Dans le groupe des femmes borderline, 3% sont homosexuelles ce qui ne diffère pas significativement du taux de 1 à 2% de la population générale. La moitié des femmes se marient ou vivent maritalement et ont au moins un enfant. La vie conjugale et la parentalité semblent associées à une amélioration du fonctionnement social et mental. En revanche, l'homosexualité masculine est 10 fois plus fréquente chez les personnalités limites que dans la population générale. Seulement 29% des hommes

se marient ou vivent maritalement et 1 sur 6 devient père (Zubenko, 1987). Cette étude a démontré l'extrême fréquence de l'homosexualité et autres variations sexuelles chez les borderline. Cette notion est confirmée en 1993 dans une étude portant sur une population de 137 sujets borderline : 22% des sujets ont eu au moins une expérience homosexuelle et 26% sont habituellement bisexuels contre 14% et 6% dans la population générale de sujets contrôlés âgés de 21 à 44 ans (Dulit, 1993). Une différence, communément admise aujourd'hui, entre les hommes et les femmes borderline, concerne la consommation d'alcool (70% contre 44%) et de stupéfiants (41% contre 18%) avec une prédilection pour les psychostimulants (cocaïne et amphétamines).

Le cliché général qui ressort des études épidémiologiques est que les sujets borderline de sexe masculin seraient plutôt célibataires, homosexuels ou bisexuels, violents, alcooliques ou toxicomanes et qu'ils présenteraient une moindre espérance de vie. Les femmes borderline seraient beaucoup plus nombreuses, hétérosexuelles, mariées ou vivant maritalement, mère, avec davantage de troubles du comportement alimentaire que d'alcoolisme ou de toxicomanie et leur espérance de vie serait meilleure que celle des hommes borderline.

4.7.2 Évolution du trouble

Pendant longtemps, les patients borderline ont été considérés comme résistants à toute forme de prise en charge (aussi bien pharmacologique que psychothérapeutique) et donc prédestinés à une évolution chronique. Cette vision pessimiste demeure toujours assez répandue chez les cliniciens, mais les études prospectives les plus récentes, que nous allons détailler ci-dessous, montrent qu'une évolution favorable du trouble est, non seulement possible, mais même fréquente.

Dans la plupart des cas, la prise en charge spécialisée commence à la fin de l'adolescence. La plupart des patients restent dysfonctionnels pendant une vingtaine d'années, le cap de vulnérabilité maximum se situant autour de la trentaine, puis en général, le trouble s'estompe avec le temps, et l'on obtient même dans la majorité des cas, une insertion socioprofessionnelle d'assez bonne qualité (Pope, 1983) ; (Mc Glashan, 1986) ; (Stone, 1993). Ainsi, après une adolescence et un début d'existence convulsifs, ils connaissent parfois un apaisement mais retrouvent souvent leurs tourments aux alentours de la crise du milieu de la vie, à l'occasion de ruptures affectives ou professionnelles (Mc Glashan, 1986).

Il existe également un contingent de patients borderline qui ne devient symptomatique qu'aux abords de la cinquantaine, suite à des événements de vie stressants (Bergeret, 1970) ; (Stone, 1993).

Les études de suivi des personnalités borderline ont été inaugurées par celle de Grinker (Grinker, 1968). Il s'agit d'une étude prospective sur 41 sujets atteints du « syndrome borderline ». Ces sujets ont été suivis pendant deux ans et demi (51 sujets au départ) et très peu de progrès ont été constatés. Les deux tiers des sujets présentaient une chronicité des symptômes ou leur aggravation. Malgré un taux relativement élevé de réhospitalisations (un tiers des cas), la majorité des sujets a réussi à garder un emploi stable pendant ce suivi, tout en occupant des postes de bas niveau. Puisque à l'époque, on croyait que le trouble borderline était une forme de psychose, l'un des objectifs de l'étude était d'explorer une éventuelle évolution vers la schizophrénie. Cependant, après six à sept ans, aucun des 28 sujets réévalués n'avait développé une schizophrénie (Werble, 1970).

Le travail de Karaklic et Bungener en 2010 présente les principales études longitudinales disponibles dans la littérature sur l'évolution symptomatique du trouble borderline. Les travaux sont exposés dans l'ordre chronologique de leur parution, ce qui permet de voir également l'évolution des idées sur ce trouble (Karaklic, 2010).

Les auteurs présentent dans un premier temps le travail de Grinker puis les autres études prospectives (réalisées après l'introduction du trouble borderline dans le DSM-III), puis les études rétrospectives et enfin les études les plus récentes, prospectives, utilisant une méthodologie très rigoureuse.

Les études prospectives plus anciennes réalisées juste après l'introduction du trouble borderline dans le DSM, c'est-à-dire dans le DSM-III en 1980, ont été réalisées sur de petits échantillons et sur des courts et moyens termes (avec des limites méthodologiques donc importantes) mais elles ont permis de dégager quatre résultats concernant l'évolution du trouble :

- Premièrement, la stabilité du diagnostic à court terme : le pourcentage des sujets qui remplissaient toujours les critères du trouble borderline à la fin des suivis était assez élevé, variant entre 60 et 96%.

- Deuxièmement, parmi tous les symptômes, les comportements impulsifs sont ceux qui ont le plus diminué dans sept études ayant exploré l'évolution symptomatique.

- Troisièmement, ces études ont montré que le trouble borderline n'évoluait pas vers une schizophrénie malgré la survenue transitoire de symptômes d'allure psychotique lors de périodes de stress. Ce constat, actuellement évident, était sujet à controverse dans les années 1960-1980.

- Quatrièmement, l'évolution était marquée par une fréquence élevée de troubles comorbides, notamment de troubles dépressifs majeurs et d'abus de substances psycho-actives.

Il faut citer, entre autres, l'étude de Pope qui est la première étude prospective sur l'évolution du trouble (utilisant les critères du DSM-III) ; (Pope, 1983), et celle d'Akiskal qui souligne la comorbidité importante avec les troubles de l'humeur (Akiskal, 1985).

Les études rétrospectives, malgré leurs limites méthodologiques, montrent sans exception que l'évolution du trouble borderline au long terme est favorable et que ces sujets s'améliorent considérablement avec l'âge. Ces études, à l'exception de celle de Paris en 2001, ont exploré uniquement l'évolution du fonctionnement global des sujets borderline. L'étude de Paris est la seule étude rétrospective ayant exploré l'évolution du trouble borderline sur 15 et sur 27 ans (Paris, 2001). 100 des 322 sujets inclus ont pu être réévalués après 15 ans. Seulement 25% remplissaient toujours les critères diagnostiques utilisés pour l'inclusion (DIB-R). Une diminution nette des quatre types de symptômes du DIB-R et une amélioration significative du fonctionnement global ont été constatées. 64 de ces 100 sujets ont pu être réévalués 12 ans plus tard. Seulement 7,8% soit 5 sujets présentaient toujours les critères du DIB-R. Parmi tous les symptômes, ce sont les difficultés dans les relations interpersonnelles qui ont le plus diminué. Quant aux troubles comorbides, le taux relativement élevé de dysthymie, témoigne de la chronicité des symptômes affectifs chez les sujets borderline. Il est également intéressant de noter que le fonctionnement global n'a pas évolué entre l'évaluation à 15 ans et celle à 27 ans, ce que les auteurs de cette étude interprètent comme l'atteinte d'un plafond au-delà duquel celui-ci ne s'améliore plus. L'évolution du trouble borderline au long terme semble donc se caractériser par la persistance d'un dysfonctionnement psychosocial léger qui serait lié à la chronicité de certains symptômes notamment affectifs.

Dans les années 2000, des recherches prospectives, appliquant une méthodologie rigoureuse, réalisées sur des échantillons importants et des temps longs montrent que l'évolution du trouble est plus favorable qu'on ne le croyait jusque là. L'étude de Mc Lean (Mc Lean study of adult development (MSAD)) est une recherche prospective en cours aux Etats-Unis depuis 16 ans. Elle compare 290 borderline et 72 sujets présentant d'autres troubles de personnalité. Après 6 ans de suivi, le taux de suicide a été de 3,8% soit 11 sujets. L'évolution du fonctionnement global a été favorable. Quant à l'évolution symptomatique, cette étude a montré que les rémissions sont plus

fréquentes et obtenues dans un délai plus bref que ce qui avait été constaté dans les études précédentes (54% de rémissions à 4 ans ; 88% à 10 ans). Les récurrences se sont montrées rares, environ 6% après six ans de suivi. Compte tenu de ce taux de rémission élevé associé à ce taux de récurrence faible, la personnalité borderline semble présenter deux potentialités évolutives opposées : soit une évolution positive aboutissant à des rémissions stables (la plupart des patients) ; soit une évolution chronique sans phase de rémission. Malgré une diminution globale de la symptomatologie, tous les symptômes n'ont pas évolué au même rythme : les comportements autodestructeurs (automutilations et tentatives de suicide) et les symptômes d'allure psychotique se sont résolus assez rapidement tandis que les symptômes affectifs (sentiment chronique de vide, accès de colère) et les difficultés liées aux relations interpersonnelles (intolérance à la solitude, peur de l'abandon, méfiance) se sont peu améliorés et lentement. La dysphorie et l'hyperréactivité de l'humeur (instabilité affective) persistent chez la plupart des sujets borderline et ce malgré les traitements médicamenteux intenses tout au long du suivi, suggérant qu'il s'agit probablement de caractéristiques constitutionnelles. En ce qui concerne l'évolution des troubles comorbides, leur taux a significativement diminué chez les sujets borderline en rémission mais il est resté stable tout au long du suivi chez ceux qui remplissaient toujours les critères du trouble borderline. La rémission du trouble borderline favoriserait donc la rémission des troubles comorbides de l'axe I. La seule exception semble être l'alcoolisme et/ou la toxicomanie associés qui interfèrent avec l'évolution favorable du trouble borderline en aggravant tous les symptômes.

Une deuxième recherche prospective est en cours aux Etats-Unis depuis 12 ans. Il s'agit de l'étude « Collaborative longitudinal personality disorder study » (CLPS) qui compare l'évolution des personnalités borderline, évitante, obsessionnelle-compulsive et schizotypique sur un échantillon important de sujets dont 175 borderline. Les critères du DSM-IV ont été utilisés pour l'inclusion des sujets. Lors de l'évaluation à 2 ans, 56% des sujets ne remplissaient plus les critères de la personnalité borderline, c'est-à-dire répondaient à moins de cinq des neuf critères et 28% répondaient à moins de trois critères depuis 12 mois consécutifs. Dans cette étude, on retrouve également que certains critères sont plus stables que d'autres. L'instabilité affective a été le critère le plus stable sur les 2 ans, suivi par les colères intenses et inappropriées. En revanche, les automutilations et les efforts effrénés pour éviter les abandons se sont révélés être les critères les moins stables. Les auteurs en déduisent que les troubles de personnalité peuvent être envisagés comme un mélange de deux éléments :

- des traits de personnalité stables rigides.
- des comportements dysfonctionnels qui correspondent à des tentatives de compensation, de défense, de coping ou d'adaptation à ces traits de personnalité pathologiques.

Le fonctionnement global des sujets n'a pas significativement progressé au cours des deux années de suivi traduisant que celui-ci n'évolue pas au même rythme que les symptômes.

Pour ce qui est de l'impact des troubles comorbides sur l'évolution du trouble borderline, après 2 ans de suivi, Shea a constaté que la rémission du trouble dépressif majeur et celle de l'état de stress post-traumatique favorise la rémission du trouble borderline (Shea, 2004). En revanche, après 3 ans de suivi, Gunderson observe que le taux de rémission du trouble borderline n'est pas influencé par l'évolution positive du trouble dépressif majeur (Gunderson, 2004). Il conclut que les deux troubles peuvent évoluer indépendamment l'un de l'autre mais que l'amélioration du trouble dépressif majeur est prédite par celle du trouble borderline (Gunderson, 2004).

Les études prospectives les plus récentes montrent une évolution du trouble borderline bien plus favorable que les études prospectives plus anciennes et que les

études rétrospectives. Le taux de rémission de 75% a été constaté dans l'étude de Paris après 27 ans et seulement après 6 ans dans l'étude de Zanarini (Zanarini, 2005). Mais il faut noter que dans les études prospectives, les sujets appartiennent peut-être à un sous-type de patients plus compliants qui acceptent des études longues avec plusieurs réévaluations et leur évolution plus favorable peut-être expliquée également par l'efficacité des traitements. En effet, les auteurs des études prospectives s'assurent que les participants aient accès aux soins intensifs à long terme. En revanche, dans l'étude de Paris, seule une minorité de sujets bénéficiait d'un suivi thérapeutique régulier. Mais, il est intéressant de noter que selon l'étude de Shea, l'intensité des traitements ne semble pas avoir d'impact ni sur la stabilité catégorielle ni sur la stabilité dimensionnelle des troubles (Shea, 2002).

Par contre, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de beaucoup de données concernant l'évolution des patients borderline qui n'ont jamais été hospitalisés et des sujets borderline non suivis et non traités. On connaît donc peu de choses sur l'évolution spontanée du trouble.

4.7.3 Facteurs impliqués dans le pronostic

Les comportements auto agressifs sont plus fréquents dans le trouble borderline que dans n'importe quel autre trouble psychiatrique.

La prévalence des comportements suicidaires au cours de la vie d'un sujet borderline est estimée à 80% (Lieb, 2004). Certaines études ont estimées que 55% des sujets admis pour une tentative de suicide présentent un trouble de personnalité borderline comme diagnostic principal et plus d'un tiers des suicidés présentaient ce même trouble (Lorillard, 2011).

Le suicide constitue le principal risque évolutif de la personnalité borderline et domine le pronostic. Le taux de suicide à 12 ans est de 8,5% selon Paris en 2001 (Paris, 2001). Certains auteurs avancent même qu'il est trois fois plus important que celui de la schizophrénie et du trouble bipolaire combinés (Gunderson, 2009). Ce taux de mortalité par suicide est 50 fois supérieur au taux de la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001).

Dans l'étude de Stone (19 décès par suicide sur 206 sujets borderline suivis), les facteurs de risque de suicide sont essentiellement représentés par l'impulsivité, l'alcoolisme et la dépression :

- l'alcoolisme double le taux de suicide (19%).
- la présence d'un trouble de l'humeur double le taux de suicide chez les hommes.
- la présence simultanée d'un trouble de l'humeur et d'un alcoolisme multiplie par quatre le risque de suicide (38%).
- l'association avec une personnalité antisociale (qui signe un haut degré d'impulsivité) multiplie par trois le risque de suicide (Stone, 1990).

Les antécédents de tentative de suicide avant le début de la prise en charge sont aussi de mauvais pronostic (Mehlum, 1994). Les patients limites qui n'ont pas d'antécédents de tentative de suicide auraient un pronostic aussi bon, sur le plan du risque suicidaire, que ceux qui n'ont pas de diagnostic de personnalité borderline. Mais, les antécédents de tentatives de suicide sont retrouvés chez 60 à 78% des sujets borderline (Lorillard, 2011).

Une étude de 2007, réalisée dans le service Hospitalo-Universitaire de Genève, avait pour objectif principal de déterminer les facteurs de risque de récurrence de comportements suicidaires à un an chez les patients souffrant d'un trouble borderline (Cailhol, 2007). Il s'agissait d'une étude prospective, réalisée sur une année, portant sur l'ensemble des patients souffrant d'un trouble borderline et ayant consulté aux urgences suite à une tentative de suicide. L'analyse a porté sur 2 groupes de sujets :

les récidivants (34 sujets) versus les non-récidivants (61 sujets). Ainsi, les facteurs de risque de récurrence de comportements suicidaires identifiés sont :

- le sexe féminin.
- les antécédents de tentative de suicide avant l'inclusion dans l'étude.
- le mode de vie solitaire.

La présence d'une lettre d'adieu a été montrée dans cette étude comme un facteur protecteur de récurrence suicidaire.

A l'exception du critère 5 («des menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportements automutilatoires répétés»), aucun critère diagnostique du trouble borderline du DSM n'apparaît prédictif des récurrences suicidaires. Cela va à l'encontre des résultats de l'étude de Yen en 2004 qui montrent que l'instabilité affective est un facteur prédictif de récurrence suicidaire (Yen, 2004). L'absence d'influence des troubles dépressifs et de leur gravité ainsi que des dépendances aux substances psycho actives est retrouvée dans cette étude. Cependant, la période de suivi d'un an est sûrement insuffisante pour objectiver l'impact des troubles dépressifs sur le risque suicidaire. Dans cette étude, il a également été montré que le nombre total de critères DSM du trouble borderline n'est pas significativement différent entre le groupe des récidivants et celui des non-récidivants.

Les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide, un haut niveau d'éducation ont aussi été rapportés comme des facteurs de risque suicidaire chez le sujet borderline (Oumaya, 2008).

Les rapports entre les comportements d'automutilations et les tentatives de suicide sont sujet à controverses. Les deux entités sont englobées dans le même critère diagnostique (c'est-à-dire le critère 5 dans le DSM-IV-TR) et pourtant, elles ne sont pas identiques sur le plan de l'intentionnalité suicidaire.

Originellement décrite par Favazza, l'automutilation est « une blessure intentionnelle que le sujet inflige à une partie de son corps sans intention apparente de mourir » et peut être associée à de nombreux troubles mentaux. Chez les sujets souffrant de trouble borderline, les automutilations sont fréquentes (50 à 80% des sujets), répétées (41% des sujets font plus de 50 automutilations) et précoces (5% des automutilations débutent entre 0 et 5 ans) ; (Oumaya, 2008). Les sujets borderline présentant un comportement « automutilateur » se caractérisent par une plus grande fréquence, durée et hétérogénéité du traitement psychotrope, une fréquence plus élevée des idées suicidaires actuelles ou chroniques et un moindre intérêt pour les activités sexuelles (Oumaya, 2008). Dans l'étude de Dulit (qui a porté sur 124 sujets atteints d'un trouble limite de la personnalité) les sujets ayant des comportements d'automutilations avaient davantage de comorbidités sur l'axe I du DSM-IV, telle que des diagnostics de dépression, d'anorexie, de boulimie (Dulit, 1994). Cette notion était déjà mise en avant dans l'étude de Favazza (Favazza, 1989). Les résultats des études sur les liens entre maltraitance dans l'enfance et comportements automutilatoires sont contradictoires.

La tentative de suicide se définit selon l'OMS, soit par un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto-infligés, soit par l'ingestion délibérée d'une substance en quantité supérieure à celle prescrite ou au dosage généralement admis et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire (Organisation Mondiale de la Santé, 1993). Les tentatives de suicide (TS) dans la population borderline présentent des caractéristiques similaires aux automutilations. Elles surviennent précocement puisque 12% des TS débutent entre 6 et 12 ans et sont répétitives (Oumaya, 2008).

La revue de la littérature, réalisée par Oumaya et parue en 2008 dans l'Encéphale, avait pour objectif d'examiner les liens entre automutilations et suicide chez les borderline. 49 articles ont été étudiés. Pour certains auteurs, les automutilations ne

sont qu'une variante du suicide. Cette conception rejoint la notion anglo-saxonne de « Para suicide », terme englobant les TS et les automutilations. Pour d'autres, les automutilations jouent le rôle d'acte « anti-suicide » permettant au sujet de sortir de sa dissociation et de se sentir à nouveau en vie. Les automutilations permettent au sujet d'évacuer une tension et pour certains peuvent être considérées comme une première étape dans l'accès à la symbolisation. Dans l'étude de Dulit, les sujets automutilateurs avaient un risque suicidaire plus élevé (Dulit, 1994). Ce point est en contradiction avec d'autres études mais d'après Dulit, seuls les sujets dont les automutilations sont fréquentes auraient un risque élevé de suicide. Dans l'étude de Sabo et Gunderson, en 1995, les comportements suicidaires et ceux d'automutilations n'étaient pas corrélés. Les comportements suicidaires ont diminué progressivement au cours des trois années de suivi alors que les comportements d'automutilations ne diminuaient pas (Sabo, 1995). Il s'agit donc d'un point controversé même si la littérature semble mettre en avant les automutilations comme un facteur de risque de suicide (Oumaya, 2008).

Le sexe est également un facteur pronostic et on admet habituellement que le pronostic est plus grave dans le sexe masculin (Stone, 1990). Mais c'est aussi un point controversé à ce jour, puisque les femmes, semblent présenter plus de comportements suicidaires à répétition (Linehan, 1993).

L'âge lors du premier contact avec la psychiatrie est également un facteur pronostic (Links, 1993).

Les abus sexuels infantiles, l'inceste, la violence parentale et les séparations précoces sont également reconnus comme un facteur de mauvais pronostic chez les hommes comme chez les femmes borderline (Stone, 1989) ; (Paris, 1994).

D'après Stone, la présence de traits obsessionnels constitue en revanche un facteur de bon pronostic (Stone, 1990). Les traits obsessionnels interviennent dans l'autodiscipline, la capacité à travailler et à structurer un emploi du temps, ce qui améliore l'insertion psychosociale.

Stone note également que l'existence d'un talent artistique comme par exemple la musique, une haute intelligence, un charme, sont des éléments positifs pour l'évolution du trouble.

Les traits phobiques seraient également un facteur de bon pronostic (Sabo, 1995).

La comorbidité avec la personnalité schizotypique est de mauvais pronostic (Mc Glashan, 1985). L'association avec la personnalité paranoïaque est également de mauvais pronostic (Links, 1998). L'association de plusieurs comorbidités sur l'axe II du DSM-IV-TR prédit selon Links, la stabilité du diagnostic borderline à 7 ans d'évolution (Links, 1998).

L'évaluation du pronostic doit donc tenir compte des comorbidités importantes au trouble borderline.

L'addition d'un état de stress post-traumatique ne semble pas aggraver le pronostic (Zlotnick, 2002).

Tous les éléments de mauvais pronostic sont en fait des éléments qui aggravent le risque suicidaire. Ce risque domine vraiment le pronostic du trouble. En dehors de ce risque, l'évolution est plutôt favorable.

4.8 Dernières données des neurosciences

4.8.1 Au plan génétique

Cloninger, en 2005, estime l'influence génétique dans le développement des troubles de personnalité entre 40 et 60% (Cloninger, 2005).

L'influence génétique est évaluée à 42% et l'influence environnementale à 58% dans le développement du trouble de personnalité borderline selon les études récentes. Il n'y a pas de différence dans les taux d'héritabilité entre hommes et femmes pour le trouble borderline (Distel, 2008). Le trouble est 5 fois plus fréquent chez les parents biologiques au premier degré que dans la population générale et il est associé à un risque familial élevé de troubles liés à l'utilisation de substances, de personnalités antisociales et de troubles de l'humeur (American Psychiatric Association, 2000). Aucun gène spécifique n'a cependant bien clairement été retrouvé (Skodol, 2002). L'étude de Distel en 2008 semble montrer l'influence d'un gène particulier sur le chromosome 9 (Distel, 2008).

4.8.2 Imagerie cérébrale

Les données d'imagerie cérébrale dans le trouble borderline montrent des réductions volumétriques de l'hippocampe et de l'amygdale (Nunes, 2009) ; (Weniger, 2009). Ces deux zones appartiennent au système limbique impliqué dans les émotions. Une étude de 2009 montre que seuls les sujets borderline qui ont un état de stress post-traumatique (ESPT) associé présentent des anomalies de volume de l'hippocampe et de l'amygdale (Schmahl, 2009). Mais une autre étude, un peu plus ancienne, montrait que dans l'ESPT, seul l'hippocampe est diminué de volume (Kitayama, 2005) et la diminution de volume de l'amygdale est retrouvée chez des borderline sans ESPT et sans épisode dépressif dans une étude de 2010 (Wingenfeld, 2010).

La diminution de volume de l'amygdale semblerait donc être une anomalie spécifique au trouble borderline.

Les événements de vie et les stress précoces ont été rapportés comme étiologie possible de cette diminution de volumes de l'amygdale et de l'hippocampe des borderline dans plusieurs études (Schmahl, 2009) ; (Weniger, 2009). Depuis 1989, on sait que les traumatismes relationnels précoces « actifs » (dus à des maltraitances ou à des interactions angoissantes car chaotiques, imprévisibles, incompréhensives, ou à l'exposition à des scènes de violence familiale) et « passifs » (par négligence) entraînent un stress chronique dont la conséquence est une augmentation de la sécrétion du cortisol, lequel, avec l'adrénaline est une des deux hormones sécrétées par l'organisme en réponse à un stress. C'est tout l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique qui est perturbé. Alors que dans des circonstances normales, le sang contient 5% de cortisol libre et 95% de cortisol lié aux protéines, en cas de stress chronique, la production de cortisol lié aux protéines est dépassée et il se produit une augmentation importante du cortisol libre. Ce cortisol libre est une hormone liposoluble qui franchit donc la barrière hémato-méningée et inonde le cerveau, en particulier le système limbique dont l'hippocampe, qui possédant la plus importante densité de récepteur au cortisol, est la plus atteinte.

Mais pour d'autres auteurs, les anomalies de volume de l'hippocampe et de l'amygdale seraient des vulnérabilités préexistantes (Sapolsky, 2002). Des études semblent suggérer une diminution de la sensibilité centrale aux glucocorticoïdes dans le trouble dépressif et l'hypothèse d'une anomalie similaire dans le trouble borderline peut être faite (Schlosser, 2009). Cependant, une étude de 2008 montre que les volumes de l'amygdale et de l'hippocampe d'adolescents qui commencent à présenter des symptômes borderline paraissent normaux ce qui va à l'encontre de l'hypothèse du trouble préexistant (Chanen, 2008).

Le débat n'est pas clos à ce jour et des études supplémentaires sont donc nécessaires pour évaluer la spécificité des anomalies notées à l'imagerie cérébrale dans le trouble borderline et pour préciser leur(s) étiologie(s).

Le volume de substance grise du cortex cingulaire antérieur est diminué chez les adolescents borderline avec un épisode dépressif majeur associé et la diminution de

ce volume est associée au nombre de tentatives de suicide et à la sévérité des symptômes borderline (mesurée par le score du DIB-R) dans cette population, mais n'est pas associée aux symptômes dépressifs (mesurés par l'échelle de Beck) ; (Goodman, 2011).

La substance grise est également diminuée dans le cortex dorso-latéral et dans le cortex orbito-frontal gauche des adolescentes borderline (Brunner, 2010). Cette dernière étude montre également qu'il n'existe pas de différences significatives dans le volume total de substance grise en comparant la population borderline aux autres populations psychiatriques.

Une réduction du volume du cortex pariétal droit a également été décrite chez les femmes borderline (Irle, 2005).

Les anomalies de tailles du cortex pariétal supérieur ont été mises en relation avec les épisodes dissociatifs des borderline (Irle, 2007).

Les études récentes d'imagerie cérébrale ont donc dégagé des anomalies chez des sujets borderline sans pouvoir à ce jour conclure ni sur la spécificité de ces anomalies ni sur leur(s) étiologie(s).

4.8.3 Neuroanatomie-fonctionnelle

L'imagerie fonctionnelle retrouve que les sujets borderline ont un excès de substance grise au niveau de l'amygdale ce qui entraîne une sur activation de la région en réponse à certains stimuli perçus comme menaçants (les affects de la peur s'inscrivent au niveau de l'amygdale) et à l'inverse le cortex cingulaire antérieur, qui régule l'amygdale, présente une déficience en cellules nerveuses et est sous-activé. Le cortex cingulaire antérieur échoue donc dans son rôle de frein à l'emballement de la réponse de la peur (Minzenberg, 2008). Ce dysfonctionnement frontolimbique est mis en évidence dans plusieurs études très récentes sur le trouble borderline en comparant en neuroimagerie fonctionnelle les borderline à des sujets sains. Lors de la remémoration d'un événement de vie douloureux, seuls les sujets borderline (comparés à des témoins sains), montrent une activation bilatérale des amygdales en imagerie fonctionnelle (Beblo, 2006). Quand il est demandé aux borderline d'utiliser une stratégie cognitive pour contrôler leur réponse aux images déplaisantes, l'imagerie fonctionnelle montre une moindre activation du cortex cingulaire antérieur par rapport aux sujets sains ce qui contribue à expliquer l'instabilité affective du trouble (Koenigsberg, 2009). La plupart des études utilisant la Tomographie par Emissions de Positrons (TEP) retrouvent des perturbations au niveau frontal dans le métabolisme du glucose chez les borderline et un hypo métabolisme est le plus souvent retrouvé (De La Fuente, 1997) ; (Silbersweig, 2007) ; (Salavert, 2011).

Un défaut de fonctionnement du cortex orbito-frontal est retrouvé chez les sujets borderline et semble être en corrélation avec les symptômes affectifs. Aucune corrélation n'a été mise en évidence avec l'impulsivité de cette population. Ces résultats sont suggérés dans une étude récente réalisée sur un très petit échantillon (17 sujets borderline non-médicalisés) ; (Diaz-Marsa, 2011).

Une autre région cérébrale impliquée est l'insula, qui semble être corrélée au fait de ne pas saisir correctement certains indices sociaux (la confiance, par exemple), ce qui implique la méfiance et une vision négativiste de l'autre (King, 2008).

4.8.4 Biologie des émotions

4.8.4.1 Les neuromédiateurs

Deux hypothèses psychobiologiques ont été proposées en 1991 par Siever et Davis pour expliquer la symptomatologie borderline : un mauvais contrôle comportemental basé sur une modulation sérotoninergique réduite et une dysrégulation émotionnelle

sous-tendue par un système noradrénergique hyperactif (Siever, 1991). Il s'agirait de vulnérabilités qui pourraient entraîner des dysfonctions relationnelles et ce dès la petite enfance. Les troubles de l'attachement, avec l'attachement désorganisé qui est décrit chez les borderline, devraient alors être compris comme la résultante de l'interaction entre cette vulnérabilité génétique et l'environnement social. Cela entraîne par la suite des incohérences dans les modèles internes de travail et un déficit de mentalisation qui, à leur tour, sont responsables de la symptomatologie borderline (instabilité dans les relations interpersonnelles, dans l'image de soi, dans les affects, impulsivité et passages à l'acte auto-agressifs).

- Hypofonctionnement sérotoninergique :

Une étude réalisée par Jovanovic, portant sur une population de 200 femmes borderline en comparaison avec des témoins sains du même sexe, a permis de montrer que le trouble borderline était associé à un potentiel du récepteur 5-HT_{1A} significativement plus bas que la population saine et ce indépendamment de la région cérébrale. La technique utilisée était une tomographie par émission de positron (TEP) avec un radio ligand sélectif. A noter que les sujets de l'étude ne recevaient aucun traitement. Aujourd'hui, l'hypofonctionnement sérotoninergique est associé au trouble borderline. Certains gènes qui semblent être liés au développement du trouble borderline, sont également impliqués dans le système sérotoninergique (New, 2008) ; (Ni, 2009).

Le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique semble expliquer les différences interindividuelles dans le développement de l'impulsivité suite aux mêmes événements de vie douloureux chez les sujets borderline (Wagner, 2009). Un bas niveau d'un métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxyindoléacétique (5-HIAA) dans le LCR est généralement associé aux comportements impulsifs. Plusieurs études retrouvent des corrélations entre l'incidence des actes suicidaires et le taux de 5-HIAA dans le LCR. Il a été retrouvé une augmentation du nombre de récepteurs post-synaptiques 5 HT₂ dans le cortex préfrontal des suicidés. Cela est interprété par les auteurs de différentes études comme une « up-régulation » d'un hypofonctionnement des noyaux du tronc cérébral qui libèrent la sérotonine. Ainsi, de façon générale, l'hypofonctionnement sérotoninergique est depuis longtemps incriminé dans l'impulsivité et la suicidalité (Combalbert, 2002) ; (Coccaro, 2005).

Plusieurs travaux, dont ceux de Coccaro, ont démontré le lien entre hypofonctionnement sérotoninergique et impulsivité et suicidalité dans le trouble borderline. Une faible augmentation de la prolactine en réponse à la fenfluramine (agent qui stimule la libération de sérotonine et bloque sa recapture) serait corrélée avec une histoire de tentative de suicide chez les borderline (Gunderson, 2001).

Aux vues des études, on comprend l'intérêt des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine dans le traitement du trouble car en effet, ces molécules activent le récepteur 5-HT_{1A} et bloque la recapture pré synaptique de la sérotonine.

Les anomalies de fonctionnement du système limbique et du cortex cingulaire antérieur ont été expliquées par la modulation sérotoninergique réduite. D'après une étude de Soloff en 2007, les récepteurs 5HT_{2A} sont augmentés dans l'hippocampe des sujets borderline (40 femmes borderline comparées à 11 femmes contrôles) indépendamment d'une humeur dépressive, du taux d'impulsivité, d'agressivité, des comportements suicidaires ou des abus sexuels (Soloff, 2007).

Une autre expression du défaut de modulation sérotoninergique est le trait de névrotisme hérité et déficient chez de nombreux sujets atteints de trouble borderline (Lesch, 1996).

- Le fonctionnement dopaminergique :

Blizzard soupçonne qu'un fonctionnement fautif des récepteurs dopaminergiques pourrait entraîner des comportements aberrants dans la recherche de drogues, de tabac, d'alcool et de nourriture ainsi que d'autres troubles du comportement (jeu pathologique, Tourette, troubles de l'attention, impulsivité). Le gène codant pour le transporteur de la dopamine est localisé sur le chromosome 5. Le polymorphisme de ce gène explique les variations dans le fonctionnement du transporteur de la dopamine. Une forme particulière a été associée au trouble borderline (Joyce, 2006). L'étude a été conduite chez des borderline avec une symptomatologie dépressive associée. Dans une autre étude en 2009, Joyce montre que cette structure particulière du gène codant pour le transporteur de la dopamine semblerait associée aux traits impulsifs et anxieux indépendamment d'un trouble borderline ou d'un trouble dépressif (Joyce, 2009).

Chez des sujets borderline d'âge adulte, on a compté un nombre réduit de sites de transporteurs alpha-2-adrénergiques sur leurs plaquettes. Cette anomalie est peut-être impliquée autant dans la régulation anormale du système d'activation dopaminergique que du système de réactivité autonome de type noradrénergique.

- Hyperfonctionnement noradrénergique :

Il s'agit d'une hypothèse de Siever et Davis en 1991 pour expliquer la dysrégulation émotionnelle des borderline (Siever, 1991).

L'hyperréactivité noradrénergique semble aussi expliquer l'angoisse du borderline (Bremner, 1996).

- Le rôle du Glutamate :

L'acide gamma-aminobutyrique (GABA) est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Il est synthétisé à partir de l'acide glutamique (ou glutamate) par l'enzyme Glutamate Décarboxylase (GAD) et son cofacteur, le phosphate de pyroxal, dérivé de la vitamine B6. Les métabolismes du GABA et du glutamate sont ainsi intimement liés et les effets inhibiteurs du GABA servent à contrebalancer les effets excitateurs du glutamate. On connaît bien aujourd'hui le rôle freinateur du GABA dans l'impulsivité.

En 2010, l'étude de Hoerst, aux Etats-Unis avait pour objectif de mesurer les concentrations locales de neurométabolites dans la région du gyrus cingulaire antérieur et de rechercher une corrélation entre le taux de glutamate et la sévérité des symptômes cliniques borderline. Pour ce faire, 30 femmes borderline non traitées ont été appariées à 31 femmes contrôles dans une étude d'imagerie cérébrale par spectroscopie. Des concentrations significativement élevées de glutamate furent observées dans le gyrus cingulaire antérieur des sujets borderline comparées aux femmes contrôles et il existait une corrélation positive et significative entre la concentration de glutamate et le score d'impulsivité à l'échelle de Barratt ainsi qu'avec différents scores de sévérité aux échelles de mesure des symptômes borderline (Hoerst, 2010).

- Le rôle de la Monoamine oxydase :

Une étude récente de 2011 suggère qu'il existerait une basse activité plaquettaire de la monoamine oxydase (MAO) dans le trouble borderline. L'activité de l'enzyme est retrouvée significativement et inversement corrélée au nombre et à la sévérité des critères borderline (Diaz-Marsa, 2011). L'explication des résultats n'est pas claire à ce jour. La basse activité plaquettaire de la MAO semble être liée à des perturbations des différents neuromédiateurs. Mais alors que la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine sont métabolisées par la MAO-A, seule la MAO-B est présente au niveau

plaquettaire. Il faudra donc des études supplémentaires pour expliquer le lien retrouvé entre l'activité plaquettaire de la MAO et le trouble borderline.

4.8.4.2 Les hormones cortico-surréaliennes

Stein en 1996 trouve, chez des sujets borderline adultes, une hypersensibilité au stress avec réponse accrue de cortisol et de prolactine et des réponses comportementales dysphoriques. Herpertz en 1999, a constaté, chez des personnalités limites, des réponses électrodermales basses à des stimuli variés, indice d'une physiologie peu réactive, ce qui va à l'encontre du résultat précédent. L'étude de Grossman en 1997, semble suggérer, que le trouble est associé à une production excessive de cortisol et une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire (Grossman, 1997). A l'époque ces résultats avaient été retrouvés dans une population borderline mais avec une comorbidité avec l'ESPT importante (dans l'ESPT, une hypercortisolémie centrale est retrouvée). Cependant une étude plus récente semble confirmer cette hypothèse en dehors de la comorbidité avec un ESPT (Zimmerman, 2009).

Le délai de la réponse avec sécrétion de cortisol après un événement stressant semble augmenté dans la population borderline. Ces résultats sont suggérés dans une étude de 2008 qui mesure le délai de réponse de cortisol après une discussion conflictuelle avec leur mère chez 9 femmes borderline et 12 femmes témoins saines (Walter, 2008).

Les résultats des études sur l'axe hypothalamo-hypophysaire chez les borderline sont hétérogènes à ce jour (même si la plupart des études semblent suggérer une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire) suggérant une population hétérogène avec des sous-types cliniques présentant différents profils endocriniens (Wingenfeld, 2010). Le volume de l'hypophyse d'adolescents borderline semble être corrélé positivement avec le nombre d'actes para suicidaires et ceci semble être un indicateur de l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire chez ces borderline (Jovey, 2008).

Une étude montre une association entre un taux sanguin de cholestérol bas et des comportements impulsifs suicidaires (Engelberg, 1992). Il y a une logique dans ces résultats puisque le cholestérol est le précurseur de synthèse de toutes les hormones stéroïdiennes et donc en particulier des hormones sexuelles et corticosurréaliennes. Aucune étude n'a été faite dans la population borderline.

Le rôle de l'ocytocine :

Une étude publiée récemment montre que l'ocytocine semble avoir un effet bénéfique sur la régulation des émotions chez le sujet borderline. L'ocytocine est connue pour ses effets sur la diminution du stress et sa capacité à favoriser l'attachement. Dans cette étude, des borderline et des sujets témoins ont reçu une certaine dose intranasale soit d'ocytocine soit d'un placebo. Cela provoque une amélioration de l'humeur et cette réponse est significativement supérieure dans le groupe borderline. La diminution du taux de cortisol sanguin après l'administration de l'ocytocine est supérieure dans le groupe borderline mais à ce jour les résultats obtenus ne sont pas significatifs. A noter, par contre que les résultats sont meilleurs chez les sujets présentant des antécédents d'événements de vie traumatiques dans l'enfance et ce dans les deux groupes (Simeon, 2011).

4.8.4.3 Le système opioïde

Dans une autre étude récente, il a été montré que les sujets borderline présenteraient une dysrégulation du système opioïde endogène, avec une

neurotransmission opioïde faible à l'état basal dans l'amygdale, le cortex orbito-frontal et le gyrus cingulaire antérieur et une hyperréactivité à l'induction d'émotions négatives (Prossin, 2010). Ce système opioïde endogène pourrait donc être impliqué dans la régulation émotionnelle des sujets borderline. Les opioïdes endogènes sont en première ligne en ce qui concerne la régulation de la réponse physiologique et émotionnelle face au stress et à la douleur. Dans les modèles animaux, les réductions du tonus opioïde endogène sont associées à des déficits des comportements d'attachement précoce et à l'anxiété. La fréquence des addictions aux drogues opiacées dans cette population de patients est un autre argument en faveur de l'implication du système opioïde. De plus, le seuil de sensibilité à la douleur est plus élevé chez ces patients. Certains auteurs suggèrent même que les automutilations réalisées par les patients borderline sont, dans une perspective neurobiologique, une tentative d'automédication visant à diminuer la souffrance psychique en stimulant artificiellement le relargage massif d'opioïdes endogènes. Selon l'étude de Winchel, 28% des automutilateurs présentent une analgésie totale durant l'acte et Winchel met en avant le rôle des endorphines (Winchel, 1991).

La voie opioïde endogène pourrait donc être la cible de nouvelles stratégies thérapeutiques (antagonistes complets ? agonistes-antagonistes partiels ?).

4.8.4.4 Les hormones sexuelles

Il est communément admis que les « hormones » influencent nos comportements ! Mais il est aujourd'hui, encore trop prématuré pour affirmer que les hormones sexuelles sont associées aux comportements impulsifs en général et dans le trouble limite en particulier. Les hormones sexuelles pourraient avoir un rôle d'amplification des réponses émotionnelles et comportementales mais ne peuvent pas déclencher à elles-seules ces réponses. De plus, nos comportements ont en retour des conséquences sur la libération des hormones rendant les résultats d'études difficiles à interpréter.

4.9 Traitement

Aujourd'hui, la psychothérapie doit constituer le traitement de référence du trouble borderline selon les recommandations de l'APA et la chimiothérapie doit être utilisée comme un traitement symptomatique et surtout dans les crises aiguës. Il est aujourd'hui recommandé d'utiliser les neuroleptiques lors des décompensations psychotiques transitoires, les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) pour les symptômes dépressifs et pour le contrôle de l'impulsivité. Les neuroleptiques à faible dose sont également recommandés par l'APA dans le contrôle de l'impulsivité (American Psychiatric Association, 2001).

Les ISRS agissent en améliorant la neurotransmission sérotoninergique et notamment par le biais de l'activation du récepteur 5-HT_{1A} (dont la sensibilité est diminuée dans le trouble borderline). Plusieurs études montrent qu'il faut des traitements par ISRS à hautes doses et sur une longue durée pour pouvoir obtenir une efficacité dans le trouble borderline (Markovitz, 1991) ; (New, 1999).

Le véritable enjeu du débat et des études sur le lien entre les troubles de l'humeur et le trouble borderline est la question thérapeutique. Aujourd'hui, la question de savoir si le traitement antidépresseur doit être discontinu ou au long cours dans le trouble borderline, reste totalement ouverte. Cependant, s'il fallait risquer une réponse, elle irait plutôt vers un traitement continu. Devant un tableau clinique mixte, où se recoupent en partie trouble unipolaire et trouble borderline, on prescrira des antidépresseurs, en ciblant davantage la pathologie de l'axe I. En revanche, devant un tableau plus précis et délimité, respectant les critères de Gunderson de la personnalité limite, on aura recourt aux antidépresseurs surtout pour traiter la dimension de

dyscontrôle comportemental (en utilisant un agoniste 5HT) et il sera préférable de faire une prescription au long cours (Allilaire, 1995). Mais cela reste un point controversé à ce jour.

Cependant, les patients borderline répondent bien souvent à notre place à cette question par une inobservance des règles du traitement qu'il soit médicamenteux ou psychothérapique...

En 2006, après une revue des essais contrôlés randomisés, Binks conclut qu'il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la chimiothérapie dans le trouble borderline (Binks, 2006).

Un article paru dans « The Lancet » en 2011 passe en revue les différents essais contrôlés randomisés de pharmacothérapie réalisés chez les sujets borderline (Leichsenring, 2011) :

- Soloff en 1989, montre dans un essai contrôlé randomisé que les antidépresseurs tricycliques sont plus efficaces que le placebo sur les symptômes dépressifs du borderline mais pas pour les autres symptômes.

- L'efficacité des Inhibiteurs de la Monoamine Oxidase (IMAO) est démontrée sur l'hostilité mais pas sur la dépression par l'étude de Soloff en 1993.

- La fluoxétine ne semble pas plus efficace que le placebo sur les symptômes dépressifs du borderline mais montre par contre une efficacité supérieure au placebo sur l'anxiété (étude de Salzman en 1995).

- La fluvoxamine semble efficace sur l'instabilité de l'humeur mais pas sur l'impulsivité selon l'étude réalisée par Rinne en 2002. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé comparant l'efficacité de la fluvoxamine à celle du placebo sur des femmes borderline.

- Il n'y a aucune différence d'efficacité entre les différents neuroleptiques de première génération selon Binks en 2006.

- L'étude de Shafti en 2010 montre qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre l'halopéridol et l'olanzapine.

- L'olanzapine semble plus efficace sur l'impulsivité et la dépression que la fluoxétine seule et il ne semble pas y avoir un intérêt à l'association des deux traitements selon Zanarini (2004). L'essai est réalisé sur des femmes borderline.

- La Ziprasidone ne semble pas plus efficace que le placebo selon l'étude réalisée par Pascual en 2008.

- La carbamazépine ne semble pas supérieure au placebo selon l'étude de De La Fuente en 1994.

- Certains essais contrôlés randomisés montrent l'efficacité du valproate de sodium sur l'anxiété et l'agression mais aucun ne montre son efficacité pour les symptômes dépressifs.

- Une étude de 1998 démontrait l'intérêt de la lamotrigine dans le trouble borderline mais il s'agissait d'une étude sur un très faible échantillon, ne permettant pas une conclusion (Pinto, 1998). En 2009, Reich et Zanarini ont montré l'effet bénéfique de la lamotrigine sur l'instabilité affective et l'impulsivité du trouble.

- Une amélioration a été constatée avec un traitement par acide gras oméga 3 dans un petit essai contrôlé randomisé réalisé sur 30 femmes borderline en 2003 par Zanarini.

- L'efficacité de la clonidine (adrénoLytique) a été montrée sur l'hypersensibilité des borderline en 2009.

L'étude de Joyce en 2003 montre que la fluoxétine a une efficacité supérieure à la nortriptyline chez des borderline avec une comorbidité dépressive associée (Joyce, 2003).

Des petites études contrôlées (< 30 sujets) ont montré l'efficacité de la rispéridone et de l'olanzapine par rapport au placebo.

L'efficacité de l'aripiprazole dans la personnalité borderline a été démontrée, dans une étude contrôlée, par Nickel, en 2006 chez 43 femmes et 9 hommes soignés par aripiprazole (15 mg/j) ou par placebo pendant huit semaines (Nickel, 2006). La bonne tolérance et la persistance de l'efficacité ont été démontrées par un suivi en ouvert des mêmes sujets sur 18 mois (Nickel, 2007).

Une étude de 2008 semble suggérer qu'il y aurait un intérêt à prescrire de l'aripiprazole (10 à 15 mg par jour) associé à la sertraline chez des borderline qui résistent au traitement par sertraline seule ayant été conduite à une dose entre 100mg et 200mg par jour pendant 12 semaines (Bellino, 2008).

Il n'y a pas à ce jour, à notre connaissance, d'études comparant les différents antipsychotiques atypiques entre eux dans le trouble borderline.

Cette revue des essais montre que certaines chimiothérapies sont efficaces sur certains symptômes cibles du trouble borderline. Des études supplémentaires s'avèrent nécessaires et notamment des études de suivi sur le long terme, et avec des échantillons de sujets plus importants. De plus, beaucoup d'auteurs soulignent une réponse uniquement partielle et un épuisement de la réponse, quel que soit le produit utilisé, après quelques mois. Par ailleurs, les effets secondaires peuvent être particulièrement redoutables dans ce type de pathologie.

Les benzodiazépines sont à utiliser avec la plus grande prudence étant donné les risques d'accoutumance, de dépendance et d'intoxication volontaire ainsi qu'une action désinhibitrice avec risque de passage à l'acte. Les réactions paradoxales d'agressivité sous benzodiazépines ne sont pas, à ce jour, bien expliquées mais selon une revue de la littérature de 2008, la personnalité borderline constituerait un facteur de vulnérabilité aux passages à l'acte agressifs lors d'une prise de benzodiazépines. L'activité des neurones sérotoninergiques du système limbique est perturbée dans le trouble borderline et l'impact gabaergique de l'action des benzodiazépines semble aggraver la modulation sérotoninergique réduite. En effet, le GABA est le principal neuromédiateur inhibiteur. Il s'agit de l'hypothèse formulée à ce jour pour expliquer ces réponses d'agitation et de désinhibition survenant parfois au cours du traitement par benzodiazépines. La prise d'alcool concomitante renforce encore ce risque (Saïas, 2008).

L'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne ne sont pas indiquées à ce jour. Une étude a cependant été réalisée dans le centre hospitalo-universitaire Purpan sur 30 borderline pour essayer d'évaluer l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne en partant de l'idée qu'il existe un hypofonctionnement du cortex préfrontal dorsolatéral dans le trouble.

Les résultats d'une étude de 2008, réalisée chez des sujets borderline avec une comorbidité dépressive, semblent suggérer l'amélioration des deux troubles avec un traitement par lumineothérapie pendant 6 semaines et un ISRS associé. C'est une étude préliminaire dont les résultats sont à prendre avec prudence car elle a été réalisée sur un petit échantillon et en ouvert (Prasko, 2008).

Au total, les médicaments peuvent améliorer certains symptômes et aider à renforcer l'alliance thérapeutique mais, ils ne constituent aujourd'hui, dans cette pathologie, qu'un volet de la prise en charge. La réévaluation du rapport entre les bénéfices et les effets indésirables des traitements doit être régulière.

La psychothérapie doit, selon l'APA, constituer le traitement de référence du trouble borderline.

L'APA proposait en 2001 une prise en charge psychodynamique ou cognitivo-comportementale adaptées à ce type de pathologie.

Leichsenring en 2011, passe en revue 24 essais contrôlés randomisés ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité des différentes psychothérapies utilisées comme seul traitement chez des borderline (Leichsenring, 2011). Certaines psychothérapies spécifiques semblent aujourd'hui efficaces sur le trouble ou du moins sur certains

symptômes et de façon stable dans le temps mais aucune n'a montré sa supériorité sur les autres. Toutefois la thérapie comportementale dialectique développée dans les années 90 par Marsha Linehan (TCD) et la psychothérapie analytique adaptée au trouble borderline semblent montrer de meilleurs résultats.

Une publication récente, dans l'Encéphale en 2011, présente une revue de la littérature (1990-2008) dont l'objectif était de déterminer l'efficacité des psychothérapies adaptées aux sujets présentant un trouble borderline sur la sphère affective, comportementale, le fonctionnement interpersonnel et global ainsi que sur la personnalité. Les courants psychanalytiques et cognitivocomportementaux ont été étudiés. Les différents modèles cognitivocomportementaux étudiés sont :

- la thérapie comportementale et dialectique (TCD)
- la thérapie orientée sur les schémas (TOS)
- la thérapie cognitive et comportementale (TCC)
- le traitement cognitif manualisé (TCM)
- la SERP : formation d'inspiration systémique à la prédiction émotionnelle et résolution de problèmes.

Deux modèles psychanalytiques ont été évalués :

- le traitement basé sur la mentalisation (TBM)
- la thérapie centrée sur le transfert (TCT).

Les résultats suggèrent des différences d'efficacité des thérapies en fonction de la sphère symptomatique étudiée.

La TBM paraît une psychothérapie de large spectre agissant sur les quatre composantes choisies avec une taille d'effet importante et de plus elle paraît avoir l'effet le plus important pour les symptômes affectifs.

Sur les sphères comportementales (hormis la TCT et la TOS, qui n'ont pas étudié cet aspect) toutes les psychothérapies ont montré un effet soit sur les automutilations soit sur les tentatives de suicide.

La TCD possède le plus haut niveau de preuve, notamment concernant son action sur les comportements auto agressifs.

Cependant, très peu d'études comparent les différentes psychothérapies les unes aux autres. En l'état actuel, il existe des différences d'indications probables en fonction des symptômes cibles et des ressources sanitaires disponibles.

Cet article n'aborde pas les développements actuels des psychothérapies de ce trouble qui ne bénéficient pas encore d'études contrôlées. La « cognitive analytic therapy », les stratégies basées sur l'acceptation, la « mindfulness therapy », et de nouvelles stratégies intégratives proposent des solutions novatrices (Cailhol, 2011).

Le bénéfice d'une association entre un traitement psychothérapeutique et un traitement chimiothérapeutique n'est pas clair. Très peu d'études sont disponibles et les résultats sont contradictoires à ce jour (Leichsenring, 2011).

Le déroulement des psychothérapies cognitives des personnalités limites varie selon l'orientation théorique des auteurs.

Théodore Millon (1981) intervient de façon prioritaire sur le sens de l'identité de soi. Aaron T. Beck (Beck, 1979) considère que l'approche des pathologies limites demande une grande souplesse technique et préconise la séquence suivante :

- renforcement de la coopération thérapeutique : il est indispensable de pouvoir établir une relation de confiance, une forme d'intimité qui ne puisse pas être ressentie comme intrusive. Le patient limite, continuellement tiraillé par des sentiments contradictoires, partagé entre sa demande d'aide massive et sa crainte du rejet et de la dépendance, doit pouvoir prendre conscience, dans le cadre de sa thérapie, qu'il existe au moins une personne avec laquelle il est apte à établir une relation durable. C'est pourquoi il est essentiel de maintenir le cap sur les objectifs élaborés en commun et d'y revenir sans cesse en raison du risque de confusion consécutive aux

changements d'humeur et d'idées. Le patient met les règles, fixées au début, à l'épreuve, cherche à les transgresser de façon répétée, et il peut ainsi s'assurer de la fiabilité du thérapeute, de sa capacité à respecter les engagements sans sévérité ni laxisme.

- réduction de la pensée dichotomique : selon Beck, le style de pensée dichotomique est tellement puissant qu'il constitue une tache aveugle. Il préconise d'en favoriser la prise de conscience et surtout le changement par l'usage de la méthode du « continuum ». Le patient est invité à établir une hiérarchie de personnes, de situations, d'émotions, en fonction des sentiments qu'il leur porte et il est ensuite amené progressivement à classer de façon nuancée ces situations et sentiments relativement les uns par rapport aux autres. Le patient peut ainsi découvrir en lui-même certaines potentialités émotionnelles et intellectuelles jusque là peu utilisées.

- amélioration du contrôle émotionnel : l'appréhension d'un rejet consécutif à l'expression d'émotions violentes conduit certains patients limites à exercer un contrôle excessif. Beck préconise de les questionner fréquemment à propos de leur état émotionnel et d'apporter par une attitude d'acceptation, de tolérance et de bienveillance la démonstration concrète que l'expression des émotions ne comporte pas toujours les dangers imaginés.

L'amélioration du contrôle de l'impulsivité constitue un autre volet de la maîtrise émotionnelle. Le patient doit être amené, selon Beck, à réfléchir aux avantages et inconvénients, aux conséquences de ses actes impulsifs, en l'incitant à tenir compte de son propre intérêt. Un meilleur contrôle des impulsions passe par l'identification des signes avant-coureurs, l'inhibition de la réponse automatique par l'exploration des pour ou contre.

- renforcement du sens de son identité : pour Beck, il est la conséquence de la thérapie, une sorte d'« effet secondaire », grâce à la prise de conscience par le patient de ses propres buts, aptitudes et capacités de succès.

- abord cognitif des schémas : la force des croyances dysfonctionnelles est telle dans les pathologies limites que seules des épreuves de réalité peuvent en venir à bout.

Marsha Linehan (1993) intègre de façon éclectique les approches psychanalytiques, cognitives, systémiques et transactionnelles. La thérapie comportementale dialectique utilise différents contextes (individuel, groupal, téléphonique) et différentes orientations thérapeutiques et philosophiques (comportementale, cognitive, centrée sur la personne, systémique, psychanalytique et bouddhiste zen).

C'est une psychothérapie très structurée, inspirée des thérapies cognitivo-comportementales, menée en ambulatoire, comprenant une psychothérapie individuelle, un groupe d'acquisition des compétences, la mise à disposition d'une permanence téléphonique, la supervision des thérapeutes. Le nombre d'études montrant l'intérêt de la TCD dans la prise en charge du trouble borderline augmente chaque année.

Le réseau européen d'étude de la personnalité borderline a mis en place deux études :

- l'adolescence et le trouble borderline.

- la prévention des passages à l'actes auto agressifs par la mise à disposition d'une permanence téléphonique (inspiré de la TCD) ; (coordonnée par le Professeur Guelfi et le Dr Pham-Scottez). L'objectif principal de cette étude est de prouver qu'une permanence téléphonique avec un professionnel (psychologue ou psychiatre ayant une expérience professionnelle des patients borderline et entraîné pour l'étude) va faire décroître les TS et les automutilations. L'évaluation de ce dispositif de soins complémentaire de la prise en charge habituelle est en cours de réalisation (Pham-Scottez, 2010).

Le concept de personnalité borderline est indissociable de l'extension du champ analytique dans la prise en charge de patients qui, jusqu'alors, ne relevaient pas de la psychanalyse. Pour Freud, en effet, l'intégrité du Moi, restera un critère indispensable d'indication pour l'analyse. Ce sera Ferenczi, le « fils rebelle », qui va modifier le cadre de la cure. Les grands cliniciens ayant travaillé avec des patients borderline sont les mêmes que ceux qui se sont investis, et particulièrement aux Etats-Unis, dans les lieux d'accueil de la « folie » et de psychothérapie des psychoses. C'est le cas d'Harold Searles à la clinique de Chestnut Lodge et d'Otto Kernberg à la clinique Menninger dans le Texas. Tous deux ont été des acteurs majeurs de ces institutions psychothérapeutiques dont le programme de soins était basé à la fois sur les relations humaines et interpersonnelles dans tous les aspects de la vie communautaire (on y retrouve les fondements de ce qui sera la psychothérapie institutionnelle), les groupes thérapeutiques et la psychothérapie analytique individuelle pour chaque patient.

Le Séminaire Psychanalytique de Paris en mai 2011, animé par Danièle Sérougne et Aude Marzloff, sur le thème « comment agir avec un patient borderline ? », donne des pistes d'« actions » thérapeutiques avec ces patients. Il est tout d'abord rappelé, qu'au-delà des divergences théoriques, ce dont tous les cliniciens témoignent, c'est que ces patients dans la cure psychanalytique peuvent au mieux dérouter, au pire décourager.

Soit l'analyste se sent très vite envahi, trop inclus voire bombardé par un « trop » d'excitations ou au contraire relégué, réduit à rien et sans cesse neutralisé.

Pontalis évoque également cela : « Plus l'analyste s'approche de l'état limite, plus il se sent effectivement mis en cause et même au défi. Par cette rencontre, c'est bien l'ensemble de son activité théorique et clinique qui est questionnée » (Pontalis).

Comment agir avec un patient borderline « psychanalytiquement » parlant ? Voici, les quelques points techniques essentiels rappelés par le Séminaire Psychanalytique :

- garder le patient en face à face car il a besoin de l'étayage du regard.
- faire preuve plus que jamais de force intérieure, de délicatesse, de souplesse mais aussi de fermeté et de patience. Par exemple, être souple au départ sur les horaires, puis affirmer au fur et à mesure plus de fermeté pour faire sentir les bienfaits de la régularité des séances et de la fiabilité des partenaires du transfert.
- être un analyste vivant qui parle, pose des questions, propose ses mots pour aider le patient à décrire ce qu'il ressent et pour ne pas le laisser dans le silence trop longtemps.
- bien l'observer pour être attentif au langage infra verbal du corps.
- penser que nous sommes dans différents registres de fonctionnement pour être en mesure de changer de position en fonction du registre dominant dans lequel le patient évolue.
- se baser sur les éléments présents qui rejouent les enjeux relationnels du passé dans l'actualité du transfert.
- ne pas forcer la remémoration.
- s'intéresser aux conditions de vie du patient dans la réalité pour lui permettre de développer des activités qui l'apaisent comme la pratique d'un art par exemple. La peinture, le graphisme sont essentiels pour certains patients, leur permettant de s'inscrire, de signer de leur nom... L'art peut parfois faire suppléance et Maleval, psychanalyste lacanien, dans un travail sur les psychoses, insiste sur le fait qu'il est essentiel de repérer ces suppléances, qu'il appelle les stratégies de supplémentation de l'égo.
- questionner et déjouer le transfert négatif pour ne pas le laisser s'installer au risque de voir le patient interrompre la cure brutalement.
- parfois inciter celui-ci à interroger des témoins de son passé pour que nous puissions avoir des indices de l'événement traumatique qui a eu lieu et qui n'a pas été perçu.

- nous pouvons aussi, comme avec les enfants, utiliser des techniques intermédiaires telles que le dessin, le psychodrame (Séminaires Psychanalytiques de Paris, 2011).

La psychothérapie de soutien reste le plus souvent possible avec des objectifs limités visant à soutenir le patient sur le plan narcissique ainsi qu'à le rééduquer graduellement à travers le transfert.

Les patients borderline ont souvent une pensée vide et il leur est plus facile de passer à l'acte que de raisonner. Le premier effet de la psychothérapie est de leur permettre, en parlant à leur thérapeute, de se parler à eux-mêmes, ce qu'ils ne font pas spontanément, de relier entre eux les affects et les pensées. Ce travail psychique corrige les effets du clivage, ce qui est un premier effet thérapeutique. Les souvenirs et les fantasmes qui peuvent alors venir à la conscience sont beaucoup plus archaïques que ceux de la névrose. Ils nécessitent un long effort d'élaboration.

Les hospitalisations sont fréquentes par rapport aux autres troubles de la personnalité et sont le plus souvent décidées en urgence, suite à une manifestation aiguë (tentative de suicide, accès d'angoisse, crise dépressive...). Les patients borderline présentent des proportions de récurrences suicidaires et d'hospitalisations nettement supérieures en comparaison avec la population générale mais aussi en comparaison avec la population globale des suicidants orientés vers un service d'urgence. Lorillard, Schmitt et Andreoli, à partir d'une revue de la littérature, concluent à la nécessité d'une évaluation fiable dès la sortie des urgences. Un traitement bien spécifique et bien structuré semble s'imposer. On ignore l'impact des traitements structurés sur les sujets borderline à la sortie même des urgences. De nouvelles études sont donc nécessaires pour évaluer la viabilité à la sortie des urgences des programmes thérapeutiques structurés déjà développés et également les modalités d'éventuels nouveaux programmes ciblant la prise en charge de patients borderline face à une crise suicidaire (Lorillard, 2011).

Une étude de 2010 montre le rôle positif du service d'intervention de crise et de l'hospitalisation dans ce service pendant quelques jours après une tentative de suicide chez des sujets borderline. Dans le groupe des sujets ayant bénéficié de la prise en charge dans cette unité appartenant à l'hôpital général (100 sujets), les investigateurs ont noté moins de passages à l'acte auto agressifs et d'hospitalisations dans les trois mois qui ont suivis que dans le groupe des 100 autres borderline qui ont eu la prise en charge habituelle à la sortie des urgences (Berrino, 2011).

Les hospitalisations restent très fréquentes et il est aujourd'hui recommandé d'organiser des séjours courts et de faciliter la réinsertion rapide du patient à sa réalité extérieure (Chaine, 1999). C'est ici surtout la fonction contenante du cadre hospitalier qui joue un rôle, en plus de la chimiothérapie et de la psychothérapie. L'amélioration est donc souvent rapide, mais il est primordial dans ce type de personnalité de mettre en continuité les prises en charge hospitalière et ambulatoire (Féline, 2006).

Les activités à médiation semblent une bonne indication pour ces sujets. Elles permettent un renforcement narcissique et un travail sur les limites tel qu'il peut être effectué dans les prises en charge corporelle avec les massages, la gymnastique douce par exemple.

Les médiations thérapeutiques sont également intéressantes car elles offrent une alternative au risque de dépendance face aux soignants et à l'institution, en instaurant un espace tiers et en permettant aussi un renforcement du narcissisme. La créativité, mise en avant dans la médiation, vient lutter contre la tendance à la destructivité, mais aussi contre les affects négatifs, les sentiments de vide et d'ennui. Le cadre est

en lui-même thérapeutique en installant une temporalité avec la durée des séances, leur rythme. Tout ceci permet le renforcement du sentiment de soi, le processus de symbolisation (le faire vient remplacer l'agir). Il s'agit d'une façon de rendre moins difficile le passage de la vie à l'hôpital, sécurisante et contenant, à la vie à l'extérieur, source d'angoisse et de crainte d'abandon.

5. LE MODÈLE D'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ DE CLONINGER

Cloninger CR. a réalisé des études à l'Université de Texas dans les branches de philosophie, psychologie et anthropologie puis il a réalisé des études de médecine à l'Université de Washington. Il travaille dans le département de psychiatrie et de génétique de cette Université. Il est également Professeur de psychiatrie, de psychologie, et de génétique et il dirige le centre de psychobiologie de la personnalité. Ses travaux ont été fortement influencés par la génétique comportementale et la psychiatrie biologique et ils sont contemporains de la vogue de l'étude des neurotransmetteurs déclenchée par la neurobiologie. Vers la fin des années 1980, Cloninger a développé un modèle d'étude de la personnalité.

L'approche choisie est essentiellement dimensionnelle même si des passerelles vers des modèles catégoriels sont proposées par l'auteur.

Le modèle de Cloninger est un modèle causal, c'est-à-dire qu'il est focalisé sur les relations entre les mécanismes biologiques et les dimensions de la personnalité. C'est un modèle psychobiologique, héritier de la doctrine des tempéraments. L'objectif premier de Cloninger était de disposer d'un modèle uniciste du tempérament, applicable aussi bien à des sujets sans troubles psychopathologiques qu'à des sujets souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou addictifs. Il présente la spécificité de s'appuyer entièrement sur des hypothèses génétiques pour définir les variables du tempérament, avec une proposition de dimensions supposées être héritées et contrôlées par des systèmes neurobiologiques spécifiques (Pélissolo, 1998).

A l'origine, ce modèle comprenait trois dimensions de tempérament qui décrivent les tendances à activer, inhiber ou maintenir des comportements face à des situations données. Il s'agit de la Recherche de Nouveauté, de l'Évitement du Danger et de la Dépendance à la Récompense. Des études éthologiques ont suggéré que la phylogénèse des tempéraments commence avec l'inhibition des comportements (évitement du danger, apprentissage non associatif) chez tous les animaux, qu'elle continue par l'activation des comportements (recherche de nouveauté, apprentissage associatif) chez les animaux plus évolués et par le maintien des comportements (dépendance à la récompense, apprentissage conceptuel) chez les reptiles (Cloninger, 1987). Ces trois dimensions fondamentales correspondent aux trois émotions de base qui sont observées dans différentes cultures : respectivement la colère, la crainte et l'amour (Svrakic, 1991). En raison d'une influence polygénétique sur ces dimensions, elles sont réparties selon une distribution normale dans la population. Ainsi, ce modèle admet l'hypothèse qu'il existe une continuité des dimensions de la personnalité entre le normal et le pathologique, sans point de rupture ni de distribution plurimodale (Hansenne, 2001). Il s'oppose ainsi à l'approche catégorielle qui repose sur un modèle syndromique et qui s'apparente à la psychologie différentielle et qui a donné naissance, notamment, à la classification des troubles de la personnalité. Cloninger a fait l'hypothèse que ces trois dimensions étaient réglées par le fonctionnement respectif des systèmes dopaminergique, sérotoninergique, et noradrénergique.

Ces trois dimensions étaient mesurées à l'aide du « Tridimensional Personality Questionnaire » (TPQ) qui est un auto-questionnaire composé de 100 items à choix binaire forcé (vrai /faux) (Cloninger, 1991). Les corrélations avec les autres instruments bien validés comme le MMPI, l'EPQ ou encore l'échelle d'impulsivité de Barratt ont été montrées (Mulder, 1994).

Ce modèle a ensuite été modifié en tenant compte de la psychologie humaniste. Certains aspects de la personnalité n'étant pas couverts par ces trois dimensions, Cloninger et ses collaborateurs ont porté à sept le nombre total de dimensions de la personnalité explorées. Ainsi, d'après ce nouveau modèle la personnalité est composée de quatre dimensions de tempérament et de trois dimensions de caractère. Aux trois dimensions de tempérament du premier modèle s'ajoute donc une quatrième dimension qui est la Persistance, initialement considérée comme une sous-dimension de la Dépendance à la Récompense. Les trois dimensions du caractère correspondent au niveau d'adaptation du sujet, à son degré de maturité. Il s'agit de la Détermination (maturité individuelle), de la Coopération (maturité sociale) et de la Transcendance (maturité spirituelle). La caractéristique principale du modèle de Cloninger est donc de différencier les deux composantes de la personnalité (tempérament et caractère) au sein d'une même approche de la personnalité. Il s'agit d'un modèle bio social. Il est difficile de le comparer aux autres modèles causaux en raison de cette interaction spécifique qu'il propose entre les facteurs biologiques et les facteurs d'apprentissage. Les tempéraments proposés par Cloninger dans la première version de son modèle peuvent être par contre comparés aux autres théories psychobiologiques de la personnalité comme celles d'Eysenck, de Gray, de Tellegen et de Zuckerman. Pour Cloninger, les structures génotypiques et phénotypiques des dimensions de la personnalité diffèrent en raison de l'interaction entre les influences génétiques et les influences environnementales. Cela contredit les modèles d'Eysenck, de Gray et de Zuckerman puisque ces derniers postulent l'existence d'une relation directe entre la structure phénotypique observée et la structure génotypique sous-jacente de la personnalité. Le modèle bio social de Cloninger présente l'avantage de reposer sur des données neurobiologiques robustes en ce qui concerne les tempéraments et de proposer une description intéressante des caractères qui modulent les tempéraments de base. Cette conception s'inscrit donc dans un courant interactionniste et est particulièrement intéressante puisqu'elle attribue une part importante au déterministe biologique de la personnalité tout en tenant compte des facteurs d'apprentissage. Le tempérament, selon Cloninger doit être compris comme une construction dynamique. Le tempérament est basé sur les émotions et le caractère sur l'apprentissage. Mais dans cette optique, le tempérament ne peut pas être considéré comme fixe. Il est forcément influencé par le présent et par les expériences actuelles, le vécu émotionnel actuel ! Donc Cloninger propose un modèle interactionniste car, pour lui, il est trompeur de dire que le tempérament est d'origine génétique et donc entièrement hérité.

Après l'élaboration de ce modèle psychobiologique à sept dimensions, Cloninger et ses collaborateurs développent, en 1993, un questionnaire d'auto-évaluation à 226 items à choix forcés. Il s'agit du « Temperament and Character Inventory » (TCI) qui reprend tous les items du TPQ et qui mesure les sept dimensions (Cloninger, 1993). Cet instrument d'évaluation est validé dans plusieurs pays dont la France (Pélissolo, 1997) ; (étude réalisée sur 242 sujets psychiatriques). Il présente un intérêt en pratique clinique pour permettre une première approche du profil de personnalité pour un temps de passation de trente minutes environ (Hansenne, 2001).

Les sept dimensions correspondent donc aux quatre dimensions de tempérament et aux trois dimensions de caractère.

Les dimensions de tempérament sont :

- la Recherche de Nouveauté, (RN) qui est décrite par Cloninger comme la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux. Le sujet répond à ces stimuli en cherchant activement une récompense possible et en essayant d'éviter la monotonie ou les punitions. Ce type de comportement active principalement, au niveau du système nerveux central, les circuits contrôlés par les neurones dopaminergiques du mésencéphale. Il est postulé qu'une note élevée à cette dimension est associée à un taux de base faible de dopamine. Ainsi les individus caractérisés par un faible taux de base de dopamine seraient prédisposés à produire des comportements exploratoires qui favoriseraient la libération de dopamine. Cette libération de dopamine renforce les comportements exploratoires. En effet, des études psychopharmacologiques ont montré que la dopamine influe sur les comportements exploratoires et des études d'autostimulation ont souligné que la dopamine exerce une influence sur le renforcement des comportements (Beninger, 1983). De plus, Cloninger cite des études réalisées sur des souches de souris qui différaient par l'intensité de leurs comportements exploratoires : dans les souches « exploratrices », le taux de HVA (un métabolite de la dopamine : acide homovallinique) est faible alors que les résultats inverses sont obtenus avec les souris « peureuses ». La dopamine est la molécule du plaisir, du désir, et de la motivation. Elle agit comme le « carburant » de notre circuit de motivation. Cet acide aminé transformé est libéré en « récompense » d'une action de plaisir et provoque une sensation de bien-être, alimentant encore le désir. La dopamine est sécrétée en attente d'une récompense. Ce mécanisme a pu être observé pour la faim, le désir sexuel et chez les usagers de stupéfiants. Un toxicomane à qui l'on promet de la cocaïne est en état de désir et se sent déjà bien. Au moment où il consomme la drogue, le plaisir est d'autant plus intense qu'il l'a désiré (par le biais de la dopamine). La dopamine, c'est l'envie d'agir, de créer, d'aimer, de découvrir, d'explorer. C'est à la fois tout le désir qui nous y pousse et tout le plaisir qu'on en retire. La dopamine peut être la cause, la conséquence, le témoin de nos comportements ou les trois à la fois. Les voies dopaminergiques traversent notre cerveau, du plus archaïque au plus développé et plus on reçoit de récompense, plus on est motivé à aller chercher cette récompense. La dopamine est la clé de notre système de motivation.

- l'Évitement du Danger, (ED) est décrit par Cloninger comme la tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations. Le système neurobiologique sous-jacent à cette dimension serait le système sérotoninergique avec la mise en jeu des voies septo-hippocampiques qui partent des noyaux du raphé. Une note élevée à cette dimension traduirait un déficit dans le fonctionnement sérotoninergique. Il a été montré que la sensibilité des récepteurs 5-HT_{1a} était liée à la dimension d'Évitement du Danger dans une population de sujets déprimés (Hansenne, 1997) et chez des sujets normaux (Hansenne, 1999). Nelson, Cloninger, Przybeck et Csernansky en 1996 ont observé une relation entre la dimension d'Évitement du Danger et une mesure indirecte des récepteurs post-synaptiques 5-HT_{2a}. Une autre étude de 1999 retrouve une corrélation négative entre la dimension ED et la sensibilité des récepteurs 5-HT₂ (Peirson, 1999). Cette étude suggère aussi que la dimension de caractère Détermination serait associée à un hypofonctionnement sérotoninergique.

- la Dépendance à la Récompense ou subordination à la gratification, (DR) traduit la tendance de l'individu à répondre sans cesse et de manière intense à des signaux de récompense comme l'approbation sociale et interpersonnelle et à éviter une punition. Ce facteur est contrôlé par un système de maintien comportemental en l'absence de renforcement continu. Le principal neuromédiateur de ce type de comportement serait la noradrénaline et plus spécifiquement les voies ascendantes partant du locus

coeruleus vers le système limbique. Le modèle de Cloninger postule qu'une note élevée pour cette dimension est associée à un taux de base faible de noradrénaline. L'hypothèse est principalement fondée sur des études selon lesquelles une réduction de l'activité noradrénergique entraîne, chez l'animal, une résistance à l'extinction et chez l'homme, une diminution de l'apprentissage. En accord avec le modèle de Cloninger, Garvey, Noyes, Cook et Blum (1996) ont observé, chez des sujets normaux, une relation négative entre le taux de MHPG (un métabolite de la noradrénaline, le 3-méthoxy-4-hydroxyphénylglicol) dans les urines et la dimension de Dépendance à la Récompense. Après validation de plusieurs études, il est apparu que cette dimension devait être subdivisée en une dimension DR, correspondant à la dépendance affective et une dimension de persévérance ou endurance qui est la quatrième dimension du tempérament.

- la Persistance, (P) correspond à la capacité de persévérer, la tendance à poursuivre un comportement sans prendre en considération les conséquences de ce comportement, en l'absence de renforcements immédiats et malgré la fatigue et la frustration. Elle se retrouve chez les individus travailleurs, courageux et tenaces.

Les dimensions de caractère sont :

- la Détermination, (D) qui correspond à la maturité individuelle, c'est-à-dire à la capacité du sujet d'adapter son comportement en fonction de ses valeurs et de ses orientations personnelles. Il explore donc la volonté d'aboutir, l'efficacité personnelle et l'estime de soi.

- la Coopération, (C) traduit la maturité sociale caractérisée par les relations interpersonnelles et la conscience sociale du sujet, reflet de l'acceptation des autres et de la tolérance. Un individu coopérant est décrit comme tolérant, sociable, empathique, prêt à aider et compatissant.

- la Transcendance, (T) reflète la maturité spirituelle, la capacité de méditations et de réflexions non matérialistes qui permet à l'individu de se représenter dans l'univers.

La relation entre les tempéraments et les systèmes de neurotransmission rend le modèle intéressant, offrant des perspectives de recherches et d'applications cliniques. Un travail de 1999 montre des corrélations entre ce modèle psychobiologique, le modèle psychoanalytique de la personnalité de Vaillant et le modèle psychopathologique proposé dans le DSM (Mulder, 1999).

5.1.1 Applications cliniques du modèle de Cloninger

Le premier modèle de la personnalité proposé par Cloninger a été largement utilisé en clinique.

D'une part, plusieurs études ont tenté de valider dans les populations cliniques les relations postulées par Cloninger entre les systèmes neurochimiques et les dimensions de la personnalité.

D'autre part, à l'aide de ce modèle ont été étudiées différentes affections psychiatriques comme la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété généralisée, le trouble panique et agoraphobie, les troubles alimentaires, la schizophrénie, l'état de stress post-traumatique et l'alcoolisme.

Limson et ses collaborateurs, en 1991, ne trouvent aucun lien entre les différents métabolites des neurotransmetteurs centraux mesurés dans le LCR et les trois dimensions fondamentales de la personnalité chez les sujets alcooliques. Mais, Wiesbeck et ses collaborateurs, en 1995, montrent que la libération d'hormone de croissance après stimulation par l'apomorphine, un agoniste dopaminergique est corrélée positivement avec les notes de la dimension Recherche de Nouveauté chez les sujets alcooliques. En revanche, Hansenne et Ansseau ne retrouvent pas ces résultats chez des sujets déprimés en 1998. Dans deux études séparées, il a été prouvé qu'un marqueur d'ADN du gène d'un neurorécepteur D4 (appelé D4DR) est lié

à la dimension Recherche de Nouveauté (Benjamin, 1996) ; (Ebstein, 1996). Les notes de la dimension RN seraient moins élevées chez des sujets atteints de maladie de Parkinson selon une étude de 1993 (Menza, 1993).

Dans une autre étude, la dimension d'Évitement du Danger est associée au gène codant pour le transporteur de la sérotonine (gène SLC6A4 sur le chromosome 17q12) (Lesch, 1996). Ces résultats n'ont pas été confirmés dans une étude indépendante (Ebstein, 1997).

Donc plusieurs études ont validé les liens entre les dimensions de tempérament et les systèmes de neurotransmission, mais d'autres ont rapporté des résultats négatifs. Il faut tout de même noter que la conception de Cloninger ne tient pas compte de l'interaction des différents neurotransmetteurs entre eux et avec d'autres neurotransmetteurs comme le GABA et le glutamate. Une relation entre le gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT2 et la dimension de Dépendance à la Récompense a été démontrée et ce en interaction avec les gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D4 et D3 (Ebstein, 1997). L'effet du gène 5-HT2 sur la dimension de Dépendance à la Récompense est plus marqué chez des individus caractérisés par une répétition de sept séquences semblables sur le gène du récepteur dopaminergique D4. Une revue récente de la littérature, faite en 2010, retrouve des liens entre l'activité de la Catéchol-o-méthyltransferase (COMT) et les dimensions de personnalité. Une corrélation significative est trouvée entre COMT et la Dépendance à la Récompense (Calati, 2011). La COMT intervient dans le catabolisme des catécholamines (noradrénaline, dopamine et adrénaline).

Selon de nombreuses études, la note de la dimension d'Évitement du Danger serait élevée chez les sujets déprimés et elle serait proportionnelle à la sévérité de la dépression. En conséquence, la dimension d'Évitement du Danger dépendrait de l'état clinique des patients déprimés et cet évitement s'estomperait logiquement pendant la phase de rémission.

En revanche, les dimensions de Recherche de Nouveauté et de Dépendance à la Récompense ne seraient pas modifiées avec l'état clinique des sujets. Néanmoins dans une étude chez des sujets déprimés, la note de la sous échelle excitabilité exploratoire qui fait partie de la dimension de Recherche de Nouveauté était plus faible que dans un groupe contrôle (Hansenne, 2001).

Des notes faibles aux dimensions de Détermination et de Coopération se retrouveraient systématiquement dans les troubles de personnalité (Svrakic, 1993) ; (Bayon, 1996) ; (Cloninger, 1997). Une note élevée à la dimension de Transcendance traduit une gravité psychopathologique et elle s'accompagne de symptômes de la lignée psychotique, principalement lorsque les notes des deux autres dimensions de caractère sont faibles (Bayon, 1996). En revanche, une note élevée à la dimension de Transcendance peut refléter une grande créativité chez des individus qui obtiennent aussi des notes élevées pour les deux autres dimensions de caractère (Bayon, 1996).

5.1.2 Applications cliniques pour le trouble de personnalité borderline

L'hypothèse première de Cloninger était que la personnalité borderline, tout comme la personnalité histrionique devait être associée à un score élevé de RN et de DR et un score bas d'ED (Cloninger, 1987).

Les premières études utilisant le modèle de Cloninger dans le trouble borderline semblent confirmer cette association (Goldman, 1994).

Mais les publications plus récentes suggèrent que la personnalité borderline serait associée à une RN élevée, un ED élevée et un score modéré de DR (Svrakic, 1993) ; (Mulder, 1994) ; (Cloninger, 1994) ; (Leyton, 1999) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Villeneuve, 2003) ; (Bricaud, 2011).

L'étude de Joyce en 2003 a permis de montrer le profil de personnalité des borderline à l'aide du TCI. De plus, il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé comparant l'efficacité de la fluoxétine versus nortriptyline dans trois groupes de sujets déprimés (un groupe présentant un diagnostic de personnalité borderline, un groupe présentant un autre trouble de personnalité et un troisième groupe sans diagnostic comorbide sur l'axe II). Au début de l'étude, les résultats du TCI montraient que le groupe borderline présentait la dimension D la plus basse. Au bout de 6 mois, le groupe des sujets avec un autre trouble de la personnalité présente la dimension D la plus basse. Le groupe borderline présente une diminution de la dimension ED et une augmentation de la dimension D à 6 mois. Les borderline ayant reçu le traitement par fluoxétine ont une réponse clinique aussi bonne que les deux autres groupes à 6 semaines et une diminution de D à 6 mois (Joyce, 2003).

Une étude de 2007 avait pour objectifs de déterminer, à l'aide du TPQ, le profil tempéramental d'une population de 167 sujets diagnostiqués borderline (selon les critères du DSM-III-TR et du DIB) et d'étudier l'évolution des dimensions de tempérament après un an de psychothérapie. Les moyennes de la population borderline pour RN et ED sont supérieures aux moyennes retrouvées en population générale américaine et il est retrouvé une diminution significative de la moyenne de ED dans le groupe ayant suivi une psychothérapie pendant 12 mois. Cette moyenne diminue encore après 2 ans de psychothérapie ce qui est interprété par les auteurs de l'étude soit comme un effet de la psychothérapie sur la dimension de tempérament soit comme une influence de l'humeur ED. Les autres dimensions de tempérament n'ont pas subi de modification à 12 mois et l'ED n'a pas varié dans le groupe sans psychothérapie (Korner, 2007).

Une étude, publiée en 2009, a recherché des associations entre les dimensions de personnalité de sujets borderline et les dimensions de personnalité de leurs parents. 56 familles borderline ont été recrutées et 53 familles contrôles (témoins sains) ont participé également à l'étude. Les dimensions de personnalité ont été définies avec le TCI. Les sujets borderline obtiennent au TCI des scores significativement plus élevés de RN, d'ED et de T et des scores significativement plus bas de D et de C par rapport aux 53 témoins sains. Les pères de borderline obtiennent des scores significativement plus élevés de RN et des scores significativement plus bas de P et de D en comparaison aux pères de sujets sains. Les mères de borderline obtiennent des scores significativement plus bas de D en comparaison aux mères des sujets sains. Le profil de personnalité des borderline dans cette étude correspond au profil retrouvé dans les autres études utilisant le TCI dans cette même population. Les mères de borderline présentent une Détermination plus basse que celle du groupe contrôle ce qui correspond à une disposition à l'expression d'un trouble de personnalité. Le profil de personnalité des pères de borderline semble correspondre à l'expression sous-syndromique d'un trouble borderline ou d'un trouble de personnalité du cluster B du DSM. Les profils de personnalité permettent de différencier les familles borderline des familles témoins. La RN élevée retrouvée chez les pères des borderline est certainement une disposition pour le climat familial décrit dans la littérature comme prédisposant au trouble borderline (comportements impulsifs, violences, abus, troubles de l'attachement). Il y a donc des fragilités tempéramentales et de caractères chez les parents de borderline. Dans cette étude, il n'a pas été retrouvé de corrélation entre la RN des pères de borderline et la RN des borderline suggérant qu'il ne s'agit pas d'une transmission génétique linéaire de la dimension. Une corrélation significative a été retrouvée entre la RN des borderline et la RN de leurs mères et la T du père. Une corrélation négative significative a été retrouvée entre la D du borderline et la RN de la mère et du père. Une corrélation négative significative a également été retrouvée entre la T du borderline et la RN et ED de la mère. L'étude conclut à une

participation de la génétique et de la dynamique familiale dans le développement du trouble borderline (Fassino, 2009).

En comparant trouble bipolaire et trouble de personnalité limite, Atre-Vaydya et Hussain ont observé un Évitement du Danger plus faible, une Recherche de Nouveauté similaire mais une Détermination et une Coopération plus élevées chez les sujets bipolaires euthymiques, comparativement aux sujets avec un trouble de personnalité limite (Atre-Vaydya, 1999). En résonance avec l'hypothèse de Cloninger associant l'Évitement de Danger au système sérotoninergique, il pourrait être postulé que le dysfonctionnement sérotoninergique est permanent dans le trouble borderline et non significatif dans le trouble bipolaire en période euthymique.

Le « Junior Temperament and character Inventory » (JTCI) ; (Cloninger, 1994) a été utilisé dans une étude réalisée en Allemagne et retrouve une dimension RN élevée avec une impulsivité élevée dans le groupe des adolescentes borderline qui ont été comparées à des adolescentes présentant d'autres pathologies psychiatriques et à un groupe d'adolescentes témoins. Il y a aussi une plus mauvaise régulation émotionnelle dans le groupe des patientes borderline évaluée avec le « Emotion Control Questionnaire » (ECQ) ; (Brunner, 2008).

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE : INTÉRÊT DU TCI DANS L'APPROCHE ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET PSYCHOBIOLOGIQUE DES ÉTATS LIMITES

1. CONTEXTE SCIENTIFIQUE

Le concept d'état limite est l'un des concepts qui ont le plus évolué au cours des vingt cinq dernières années. Il est resté pendant longtemps dans un certain flou qui a actuellement tendance à se dissiper avec la généralisation de systèmes diagnostiques critériologiques reconnus. Ainsi, après bien des avatars, cette pathologie se retrouve aujourd'hui classée dans l'axe II du DSM-IV-TR et donc considérée comme un trouble de la personnalité (American Psychiatric Association, 2000). Dans la CIM-10, les états limites figurent aussi dans les troubles de la personnalité sous le nom de personnalité borderline, sous-type de la personnalité émotionnellement labile (Organisation Mondiale de la Santé, 1993). Dans le futur DSM-V, une reconceptualisation majeure du concept de trouble de la personnalité est proposée et le trouble borderline demeure dans l'axe II (American Psychiatric Association, 2010) ; (Association Francophone d'Études et de Recherche sur les Troubles de la Personnalité, 2010). Cependant, ce cadre nosologique est encore discuté par beaucoup de psychiatres cliniciens. Le polymorphisme symptomatique, les multiples sous-types cliniques, la fréquence des comorbidités psychiatriques associées, les liens controversés entre ce trouble et certaines pathologies de l'axe I du DSM comme les troubles de l'humeur ou l'état de stress post-traumatique font discuter son appartenance aux troubles de la personnalité. De plus, les études prospectives les plus récentes sur l'évolution du trouble montrent qu'il s'agit d'états pathologiques dont une importante proportion est réversible avec le temps (Karaklic, 2010). La question se pose alors de la pertinence de la classification dans l'axe II où le trouble est considéré comme une organisation de personnalité et donc stable dans le temps. Cependant, il persiste au cours de l'évolution, un dysfonctionnement psychosocial léger dû à la chronicité de certains symptômes notamment affectifs. L'approche dimensionnelle semble intéressante dans cette discussion.

La psychopathologie du trouble est expliquée par différentes théories présentant différentes étiologies, différents sous-types cliniques, différentes prises en charge....

L'influence génétique dans le développement du trouble est aujourd'hui évaluée à 42% et celle de l'environnement à 58% (Distel, 2008). Aucun gène spécifique n'a cependant bien clairement été retrouvé à ce jour. Des anomalies ont été retrouvées en neuroimagerie mais leur spécificité et leur(s) étiologie(s) ne sont pas clairement déterminées (Weniger, 2009) ; (Wingeneld, 2010). Les événements de vie traumatiques et notamment ceux de l'enfance sont aujourd'hui indiscutablement associés au développement du trouble borderline mais leur rôle exact n'est pas identifié clairement (Paris, 2007).

Le trouble figure parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes. C'est un trouble sévère et qui reste préoccupant en raison surtout du risque suicidaire et du

dysfonctionnement psychosocial associés. Le taux de suicide qui y est associé est en effet trois fois plus important que celui de la schizophrénie et du trouble bipolaire combinés (Gunderson, 2009).

Il s'agit aujourd'hui d'un problème de santé publique (Sansone, 2011).

Nous avons voulu essayer de mieux comprendre le développement de ce trouble avec l'étude clinique « Intérêt du TCI dans l'approche étiopathogénique et psychobiologique des états-limites ».

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de l'étude est d'identifier, à l'aide du questionnaire EVVIE, les événements de vie de sujets borderline associés à leurs dimensions de personnalité définies par les scores au TCI.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer le profil de personnalité d'une population de sujets diagnostiqués borderline (selon les critères du DSM-IV-TR) au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

- de formuler l'hypothèse d'un profil neurobiologique pour cette population à l'aide du TCI.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, portant sur une population de 61 sujets. Elle a été conduite en 2011, pendant six mois, au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

3.2 Population étudiée

3.2.1 Critères d'inclusion

Les sujets inclus devaient être des patients diagnostiqués comme présentant une personnalité borderline selon l'impression clinique du psychiatre qui les suivait et répondant aux critères du DSM-IV-TR de la personnalité borderline (American Psychiatric Association, 2000). Il s'agissait de patients hospitalisés (temps complet) ou suivis en consultation ou en unité de jour au Centre Hospitalier Esquirol. Ils devaient avoir signé le consentement éclairé de participation à l'étude.

3.2.2 Critères de non inclusion

Les patients répondant aux critères d'un trouble de l'axe I du DSM-IV-TR, n'étaient pas inclus, cela pouvant altérer les réponses aux deux auto-questionnaires. Les patients dont le niveau cognitif ne permettait pas de compléter seuls les questionnaires n'étaient pas inclus, de même, bien sûr, que ceux qui n'ont pas accepté de participer à l'étude ou ceux qui étaient en hospitalisation sous-contrainte ou sous mesure de protection.

3.2.3 Critères d'exclusion

Les sujets qui n'ont pas répondu correctement, c'est-à-dire, ceux qui ont coché à la fois « vrai » et « faux » à certaines questions du TCI ou qui n'ont pas entièrement complété les questionnaires, ont été exclus de l'étude.

3.2.4 Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets a eu lieu entre janvier et juin 2011, au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Trente-trois psychiatres (Praticiens Hospitaliers, Chefs de Clinique, Assistants Spécialisés des Hôpitaux) y exerçant ont été sollicités pour la réalisation de cette étude. D'un point de vue éthique, la note d'information remise aux sujets leur précisait que les résultats obtenus seraient traités de manière anonyme et ne changeraient pas leur prise en charge, qu'ils étaient libres de refuser de participer à cette étude sans que cela n'entraîne de conséquence sur la suite des soins. Il était également précisé dans cette note qu'ils pouvaient à tout moment interrompre leur participation.

Le recrutement des sujets hospitalisés s'est fait sur 11 unités temps-plein et 6 hôpitaux de jour. Finalement, vingt-cinq psychiatres ont participé à cette étude.

3.3 Recueil de l'information

Après le recueil écrit du consentement éclairé des sujets, les informations ont été obtenues à l'aide de deux auto-questionnaires explorant les événements de vie (EVVIE) et la personnalité (TCI). La durée de passation n'était pas prédéterminée.

De leur côté, les psychiatres devaient préciser si le sujet était suivi en consultation, en unité de jour ou hospitalisé et cocher les critères du DSM-IV-TR de la personnalité borderline présents. Ils devaient également éliminer une comorbidité aiguë de l'axe I du DSM-IV-TR.

3.3.1 Questionnaire sur les événements de vie (EVVIE)

Ce questionnaire, a été élaboré en 2000 par le Professeur Clément et ses collaborateurs (Clément, 2003) à partir d'instruments déjà existants et validés:

L'échelle événementielle de Holmes et Rahe (1967), qui compte 43 items pour chacun desquels l'événement considéré comme « stressant » est repéré par la quantité de changements qu'il induit sur le sujet et sa capacité d'adaptation.

Le questionnaire de Brown et Harris (1973) qui permet une analyse contextuelle et qui permet de quantifier le sens de chaque événement pour un sujet donné.

L'échelle d'Amiel-Lebigre (1985) qui comporte 52 événements, l'évaluation de l'impact événementiel lors de sa survenue étant cotée rétrospectivement par le sujet de 0 à 100.

L'auto-questionnaire EVE de Ferreri et Vacher (1987) qui permet de survoler la totalité de la biographie du sujet afin d'étudier les événements traumatiques et leur retentissement affectif.

Le questionnaire EVVIE a été conçu de façon à ce qu'il soit le plus simple possible d'utilisation, pour permettre au sujet de le remplir en auto-questionnaire. Il permet une approche qualitative, en mettant en avant les différents types d'événements de vie du sujet et une quantification de l'impact événementiel faite par le sujet avec une cotation de 1 (événement vécu mais non traumatisant), de 2 (traumatisme ayant marqué le sujet), ou de 3 (traumatisme intense ayant bouleversé le sujet). La cotation 0 indique que le sujet n'a pas été confronté à l'événement.

Le questionnaire répertorie la totalité de la biographie du sujet, de l'enfance jusqu'au jour même de l'entretien, et ce dans un ordre chronologique.

De plus, il permet une approche globale de l'individu en situant l'événement dans des interrelations personnelles et environnementales.

Il est composé de 61 items et 1 item ouvert.

Un sous-score 1 (SC1) correspond aux événements survenus pendant l'enfance : les stress précoces, les troubles de l'attachement, les pertes, les maltraitances, les problèmes de scolarité et de santé.

Un sous-score 2 (SC2) correspond aux événements survenus au cours de la vie adulte, concernant la vie conjugale, explorant principalement les relations du sujet avec son conjoint, et les événements concernant les enfants, les éventuelles difficultés lors de la grossesse, les difficultés pour élever les enfants, les problèmes de santé des enfants.

Un sous-score 3 (SC3) correspond aux événements concernant la vie professionnelle (l'entrée dans la vie active, les promotions, les changements d'activités, les licenciements, le départ à la retraite, l'activité professionnelle du conjoint), les finances, la santé, les hospitalisations, les abus sexuels à l'âge adulte, les maladies psychologiques ou somatiques, les événements concernant la vie sociale (les déménagements, les poursuites judiciaires, les modifications de relations sociales).

Un sous-score 4 (SC4) correspond aux faits dramatiques divers (guerre, bagarres, catastrophes naturelles, présence lors du décès d'un individu) et aux événements concernant la famille proche.

Puis un score total est calculé en additionnant ces quatre sous-scores.

3.3.2 Questionnaire d'étude des dimensions de personnalité (TCI-125)

Après l'élaboration du modèle d'étude dimensionnelle de la personnalité, qui est un modèle psychobiologique à sept dimensions, Cloninger et ses collaborateurs ont développé en 1993 un auto-questionnaire de 226 items à choix forcés (Cloninger, 1993). Il s'agit du TCI (Temperament and Character Inventory) qui mesure les sept dimensions de personnalité et qui a été validé en France par Péliissolo et Lépine en 1997 dans sa version initiale et en 2005 dans sa version courte qui comprend 125 items (TCI-125) ; (Péliissolo, 1997) ; (Chakroun-Vinciguerra, 2005).

Après analyse factorielle du TCI-125, il s'avère que cette version abrégée évalue bien les sept dimensions de la personnalité inventoriées dans le TCI-226. Elle a l'avantage, par rapport à la version originale, de limiter la durée de passation tout en ayant de bonnes qualités psychométriques. Ainsi, dans cette étude, le TCI-125 est utilisé afin de ne pas trop alourdir le protocole et d'obtenir des réponses les plus complètes et les plus fiables possible.

Le sujet doit répondre à chaque proposition « vrai » ou « faux », selon que l'item correspond ou non, d'après lui, à sa personnalité.

Sept dimensions de la personnalité sont donc évaluées et chacune comprend plusieurs sous-dimensions :

- LA RECHERCHE DE NOUVEAUTÉ (RN) est évaluée par 20 items et se compose de quatre sous-dimensions : le besoin de changement (5 items), l'impulsivité (5 items), les dépenses (5 items), l'anticonformisme (5 items).

- L'ÉVITEMENT DU DANGER (ED) est évalué par 20 items et se compose de quatre sous-dimensions : l'inquiétude (5 items), la peur de l'inconnu (5 items), la timidité (5 items), la fatigabilité (5 items).

- LA DÉPENDANCE A LA RÉCOMPENSE (DR) est évaluée par 15 items et se compose de trois sous-dimensions : la sentimentalité (5 items), l'attachement affectif (5 items), le besoin de soutien (5 items).

- LA PERSISTANCE (P) est évaluée au travers de 5 items.

- L'AUTODÉTERMINATION (D) est évaluée par 25 items et se compose de cinq sous-dimensions : le sens des responsabilités (5 items), la volonté d'aboutir (5 items), les ressources individuelles (5 items), l'acceptation de soi (5 items), les habitudes bénéfiques (5 items).

- LA COOPÉRATION (C) est évaluée par 25 items répartis dans cinq sous-dimensions : la tolérance sociale (5 items), l'empathie (5 items), la solidarité (5 items), l'indulgence (5 items), la probité (5 items).

- LA TRANSCENDANCE (T) est évaluée avec 15 items et se compose de trois sous-dimensions : le sens du spirituel (5 items), le détachement de soi (5 items), la croyance universelle (5 items).

La grille d'analyse permet de calculer sept scores globaux correspondant aux sept dimensions de la personnalité et des sous-scores pour chaque sous-dimension. Ce calcul se fait à l'aide d'un tableur Excel conçu par le Professeur Clément. Chaque item est coté « zéro » ou « un » selon que le sujet a répondu « vrai » ou « faux ». Le score « un » est rentré dans le tableur si la réponse donnée par le sujet est la réponse attendue et le score « zéro » est rentré si ce n'est pas la réponse attendue.

Pour chaque dimension, un score moyen a été déterminé en population générale américaine et a été choisi par les auteurs du TCI comme « valeur seuil » (Cloninger, 1993).

Les scores moyens des dimensions de personnalité ont également été recherchés en population générale française (Pélissolo, 2000). Ces scores moyens sont présentés dans les tableaux 6 et 7 ci-dessous.

Tableau 6 : Scores moyens au TCI-226 de la population générale américaine et française

| DIMENSION | USA (300 sujets) Cloninger, 1993 | France (602 sujets) Pelissolo, 2000 |
|-------------|--|---|
| RN (40/226) | 19,2 ± 6 | 16,4 ± 5,6 |
| DR (24/226) | 15,5 ± 4,4 | 14,2 ± 3,9 |
| ED (35/226) | 12,6±6,8 | 16,1±7,2 |
| P (8/226) | 5,6 ± 1,9 | 4,6 ± 1,9 |
| D (44/226) | 30,7 ± 7,5 | 31,9 ± 6,3 |
| C (42/226) | 32,3 ± 7,2 | 31,7 ± 5,6 |
| T (33/226) | 19,2 ± 6,3 | 13,7 ± 6,1 |

Tableau 7 : Scores moyens (en valeurs absolues) des dimensions de personnalité de la population générale américaine et française

| Dimension | Score moyen de la population générale américaine | Score moyen de la population générale française |
|-----------|--|---|
| RN | 0,48 | 0,41 |
| DR | 0,64 | 0,59 |
| ED | 0,36 | 0,46 |
| P | 0,70 | 0,57 |
| D | 0,70 | 0,72 |
| C | 0,77 | 0,75 |
| T | 0,58 | 0,41 |

Cette « valeur seuil » n'est pas une valeur seuil pathologique qui devrait tenir compte de 2 écarts-types à partir du score moyen de la population générale. Mais le modèle de Cloninger admet l'hypothèse qu'il existe une continuité des dimensions de la personnalité entre le normal et le pathologique sans point de rupture (Hansenne, 2001). Il n'y aurait donc pas de « valeur seuil ».

Nous pouvons donc juste dire qu'un sujet présente une dimension de personnalité basse, modérée ou élevée en comparaison au score moyen de cette dimension dans une population générale.

Le modèle d'étude de la personnalité de Cloninger est un modèle causal c'est-à-dire qu'il est focalisé sur les relations entre les mécanismes biologiques et les dimensions de la personnalité. Il présente la spécificité de proposer des dimensions de tempérament supposées être héritées et contrôlées par des systèmes neurobiologiques spécifiques (Pélissolo, 1998). Ainsi, d'après le modèle, les dimensions RN, ED et DR sont contrôlées respectivement par les systèmes dopaminergique, sérotoninergique et noradrénergique.

Les données des deux auto-questionnaires ont ensuite été saisies dans un tableur Excel.

3.4 Analyse statistique

3.4.1 Analyse descriptive

Des statistiques descriptives ont été réalisées dans un premier temps pour caractériser les données démographiques et les données issues des deux auto-questionnaires.

- Les variables quantitatives seront décrites selon une moyenne \pm écart-type, minimum et maximum (elles correspondront à l'âge, scores et sous-scores aux questionnaires EVVIE et TCI-125).

- Les variables qualitatives seront décrites par les effectifs et les pourcentages (elles correspondront au sexe, au type d'hospitalisation, à la présence de dimensions de personnalité supérieures ou inférieures aux scores moyens de ces dimensions en population générale).

3.4.2 Analyse comparative

Pour comparer les groupes en fonction des variables quantitatives, le test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé (ou de Kruskal-Wallis en fonction du nombre de groupes).

Le coefficient de corrélation de Spearman a été déterminé pour rechercher une corrélation entre les scores et sous-scores des échelles.

Pour comparer les groupes en fonction des variables qualitatives, un test de Chi² de Pearson a été réalisé, ou un test exact de Fisher si les effectifs théoriques étaient faibles.

Le degré de significativité retenu pour le risque global de première espèce a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SYSTAT for Windows, version 11, 2005.

4. RÉSULTATS

4.1 Analyse descriptive

61 sujets borderline ont participé à cette étude. 1 sujet a été exclu pour questionnaires non utilisables. 60 sujets ont donc été retenus, parmi lesquels 18 étaient suivis en consultation (soit 30%), 12 étaient en hospitalisation de jour (soit 20%) et 30 en hospitalisation complète sur un mode libre (soit 50%).

4.1.1 Données sociodémographiques

Sur les 60 sujets retenus pour l'étude, 47 sont des femmes (soit 78% de l'échantillon total) et 13 sont des hommes (soit 22%).

La population a un âge moyen de 36,4 ans ($\pm 10,6$) [18-58].

4.1.2 Données descriptives relatives aux deux auto-questionnaires

Tableau 8 : Résultats de la cohorte de sujets borderline au questionnaire EVVIE

| Score | SC1 | SC2 | SC3 | SC4 | Score Total |
|---------------------|------|------|------|-----|-------------|
| minimum | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| maximum | 50 | 41 | 35 | 24 | 119 |
| moyenne | 19.4 | 12.6 | 16.6 | 9.8 | 58.4 |
| déviatiion standard | 10.1 | 9.9 | 7.5 | 5.9 | 26.7 |

Il n'y a pas de différences significatives en fonction du genre ou en fonction du type d'hospitalisation (Hospitalisation complète/ Hospitalisation de Jour + Consultation) pour les moyennes des sous-scores EVVIE et pour la moyenne du score total EVVIE.

Les tableaux 9 et 10 ci-dessous présentent la proportion de réponses positives (notées 1) et la proportion de réponses négatives (notées 0) aux différents items du questionnaire EVVIE. Nous y avons uniquement fait figurer les événements qui ont été vécus par au moins la moitié de l'échantillon de sujets borderline (proportion de réponses positives $\geq 50\%$).

Tableau 9 : Événements de vie de l'enfance les plus rapportés par la cohorte de sujets borderline

| item | | 0 | 1 |
|---|--------|------|------|
| 3 : perte d'un ou plusieurs proches | nombre | 25 | 35 |
| | % | 41,7 | 58,3 |
| 4 : confrontation à la maladie physique grave d'un proche | nombre | 30 | 30 |
| | % | 50 | 50 |
| 10 : mésentente entre les parents | nombre | 25 | 35 |
| | % | 41,7 | 58,3 |
| 12 : maltraitance physique, sexuelle ou psychologique de la part de l'entourage | nombre | 25 | 35 |
| | % | 41,7 | 58,3 |
| 14 : hospitalisation prolongée | nombre | 20 | 40 |
| | % | 33,3 | 66,7 |
| 15 : déménagements fréquents | nombre | 30 | 30 |
| | % | 50 | 50 |
| 17 : difficultés scolaires | nombre | 23 | 37 |
| | % | 38,3 | 61,7 |

Tableau 10 : Événements de vie de l'âge adulte les plus rapportés par la cohorte de sujets borderline

| item | | 0 | 1 |
|--|--------|------|------|
| 21 : problèmes de couple | nombre | 14 | 46 |
| | % | 23,3 | 76,7 |
| 22 : séparation conjugale | nombre | 18 | 42 |
| | % | 30 | 70 |
| 34 : problèmes relationnels au travail | nombre | 18 | 42 |
| | % | 30 | 70 |
| 35 : perte d'emploi | nombre | 29 | 31 |
| | % | 48,3 | 51,7 |
| 40 : difficultés matérielles | nombre | 24 | 36 |
| | % | 40 | 60 |
| 42 : hospitalisation prolongée | nombre | 19 | 41 |
| | % | 31,7 | 68,3 |
| 44 : problèmes psychologiques | nombre | 3 | 57 |
| | % | 5 | 95 |
| 45 : viol | nombre | 27 | 33 |
| | % | 45 | 55 |
| 46 : réduction importante des relations sociales | nombre | 17 | 43 |
| | % | 28,3 | 71,7 |
| 47 : déménagements fréquents | nombre | 25 | 35 |
| | % | 41,7 | 58,3 |
| 49 : perte d'un (ou de plusieurs) ami(s) proche(s) | nombre | 28 | 32 |
| | % | 46,7 | 53,3 |
| 55 : participation à des bagarres | nombre | 30 | 30 |
| | % | 50 | 50 |
| 57 : maladie grave d'un membre de la famille proche | nombre | 19 | 41 |
| | % | 31,7 | 68,3 |
| 60 : alcoolisme d'un membre de la famille proche | nombre | 22 | 38 |
| | % | 36,7 | 63,3 |
| 61 : perte d'un membre de la famille proche | nombre | 23 | 37 |
| | % | 38,3 | 61,7 |
| 62 : difficultés avec un (ou des) membre(s) de la famille proche | nombre | 12 | 48 |
| | % | 20 | 80 |

Tableau 11 : Résultats de la cohorte au TCI-125 et juxtaposition avec les scores moyens de la population générale américaine et française

| Dimension | Score moyen de la cohorte de sujets borderline | Score moyen de la population générale américaine | Score moyen de la population générale française |
|-----------|--|--|---|
| RN | 0,52 | 0,48 | 0,41 |
| DR | 0,61 | 0,64 | 0,59 |
| ED | 0,72 | 0,36 | 0,46 |
| P | 0,59 | 0,70 | 0,57 |
| D | 0,43 | 0,70 | 0,72 |
| C | 0,74 | 0,77 | 0,75 |
| T | 0,38 | 0,58 | 0,41 |

Le score moyen de la dimension C du groupe des sujets hospitalisés (HC) est significativement inférieur à celui du groupe des sujets suivis en consultation ou hôpital de jour (CS+HDJ) ; (respectivement HC=17,6±3,8 ; CS+HDJ = 19,6±3 ; p=0,03).

Le score moyen de la dimension ED du groupe des femmes est significativement supérieur à celui du groupe des hommes (respectivement F=0,75±0,23 ; H=0,63±0,18 ; p=0,017).

Le score moyen de la dimension D du groupe des femmes est significativement inférieur à celui du groupe des hommes (respectivement F=0,39±0,17 ; H=0,54±0,13 ; p=0,006).

On note une différence significative au niveau du score moyen de la dimension de tempérament P en opposant deux catégories : sujets de moins de 35 ans (26 sujets) / sujets de plus de 35 ans (34 sujets). Le score moyen de la dimension de tempérament P du groupe des sujets de plus de 35 ans (0,66±0,24) est significativement supérieur au score moyen de cette dimension dans le groupe des sujets de moins de 35 ans (0,51±0,22) ; (p=0,022).

Pour chaque dimension de personnalité, il existe un groupe de sujets présentant un score pour la dimension supérieur au score moyen de la population générale américaine et un groupe de sujets présentant un score pour la dimension inférieur à cette « valeur seuil ». Les groupes sont appelés RN+/RN- ; ED+/ED- ; DR+/DR- ; P+/P- ; T+ /T- (les sujets notés + sont ceux qui ont un score pour la dimension supérieur à la valeur moyenne en population générale américaine). Deux autres groupes sont notés C+/C- et D+/D- (les sujets notés + sont ceux qui ont un score pour la dimension inférieur au score moyen de la population générale américaine).

Le même travail de constitution de groupes est fait en comparant le score obtenu par le sujet pour la dimension au score moyen de la population générale française.

4.2 Analyse comparative

Il n'y a pas de lien statistique entre le score total EVVIE et le score de chaque dimension de personnalité et entre chacun des sous-scores EVVIE et les scores de chacune des dimensions de personnalité comme le montre le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 : Coefficients de corrélation entre les scores EVVIE et les scores des dimensions de personnalité

| Dimension | Score total EVVIE | SC1 | SC2 | SC3 | SC4 |
|-----------|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| ED | 0.099 | -0.000 | 0.159 | 0.115 | 0.129 |
| RN | 0.140 | 0.143 | 0.122 | 0.026 | 0.128 |
| D | -0.214 | -0.105 | -0.261 | -0.228 | -0.220 |
| DR | 0.095 | 0.152 | 0.049 | 0.051 | 0.057 |
| C | -0.122 | -0.116 | -0.012 | -0.104 | -0.108 |
| T | 0.255 | 0.121 | 0.222 | 0.193 | 0.254 |
| P | 0.121 | -0.089 | 0.150 | 0.263 | 0.139 |

La moyenne du score total EVVIE du groupe des sujets T+ (23 sujets avec $T > 0,41$) est significativement supérieure à celle du groupe des sujets T- (37 sujets avec $T < 0,41$) ; (respectivement $T+ = 66,5$; $T- = 53,3$; $p = 0,046$).

Le groupe des sujets P+ (22 sujets avec $P > 0,70$) obtient une moyenne pour le sous-score 3 du questionnaire EVVIE significativement supérieure à celle du groupe des sujets P- (38 sujets avec $P < 0,70$) ; (respectivement $P+ = 19,4$; $P- = 15$; $p = 0,008$).

Le groupe des sujets D+ (55 sujets avec $D < 0,70$) obtient une moyenne du sous-score 1 du questionnaire EVVIE supérieure à celle du groupe des sujets D- (5 sujets avec $D > 0,70$) mais ce résultat n'est pas significatif ($p = 0,075$).

Des événements de vie des sujets borderline de l'échantillon étudié ont été retrouvés significativement associés à leurs dimensions de personnalité comme le montre le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13 : Événements de vie des sujets borderline significativement associés à leurs dimensions de personnalité

| item | Dimension RN+ (41 sujets pour lesquels RN > 0,41) | Dimension RN- (19 sujets pour lesquels RN < 0,41) | (p) |
|--|---|---|-------|
| Problème(s) de couple | 0,85 | 0,58 | 0,046 |
| Bagarre(s) | 0,61 | 0,26 | 0,025 |
| item | ED+ (52 sujets pour lesquels ED > 0,36) | ED- (8 sujets pour lesquels ED < 0,36) | (p) |
| Milieu défavorisé pendant l'enfance (affectif, social ou culturel) | 0,42 | 0,37 | 0,044 |
| item | DR+ (28 sujets pour lesquels DR > 0,64) | DR- (32 sujets pour lesquels DR < 0,64) | (p) |
| Maladie mentale grave d'un des proches pendant l'enfance | 0,39 | 0,31 | 0,031 |
| Problème(s) de couple | 0,89 | 0,66 | 0,037 |
| item | P+ (37 sujets pour lesquels P > 0,57) | P- (23 sujets pour lesquels P < 0,57) | (p) |
| Traumatisme(s) par un enseignant | 0,57 | 0,22 | 0,015 |
| item | P+ (22 sujets pour lesquels P > 0,70) | P- (38 sujets pour lesquels P < 0,70) | (p) |
| Accident grave d'un des enfants | 0,14 | 0 | 0,045 |
| Problèmes psychologiques à l'âge adulte | 0,954 | 0,947 | 0,043 |
| Réduction des relations sociales à l'âge adulte | 0,86 | 0,63 | 0,019 |
| Perte d'un ou plusieurs ami(s) très proche(s) à l'âge adulte | 0,73 | 0,42 | 0,032 |
| Nouvel arrivant au foyer à l'âge adulte | 0,32 | 0,05 | 0,009 |
| Sinistre à l'âge adulte | 0,18 | 0 | 0,015 |
| Maladie grave d'un membre de la famille proche à l'âge adulte | 0,86 | 0,58 | 0,025 |

| item | Dimension C+ (29 sujets pour lesquels C < 0,77) | Dimension C- (31 sujets pour lesquels C > 0,77) | (p) |
|---|--|---|-------|
| Perte d'un (ou plusieurs) proche(s) pendant l'enfance | 0,72 | 0,45 | 0,04 |
| Maladie mentale grave d'un proche pendant l'enfance | 0,52 | 0,19 | 0,014 |
| Déménagements fréquents lors de la vie adulte | 0,72 | 0,45 | 0,04 |
| Difficultés relationnelles avec un (ou des) membre(s) de la famille proche à l'âge adulte | 0,93 | 0,68 | 0,022 |
| item | C+ (24 sujets pour lesquels C < 0,75) | C- (36 sujets pour lesquels C > 0,75) | (p) |
| Maltraitance durant l'enfance (physique, sexuelle ou psychologique) | 0,75 | 0,47 | 0,033 |
| Difficultés relationnelles avec un (ou des) membre(s) de la famille proche à l'âge adulte | 0,96 | 0,69 | 0,019 |
| item | T+ (13 sujets pour lesquels T > 0,58) | T- (47 sujets pour lesquels T < 0,58) | (p) |
| Maltraitance pendant l'enfance | 0,69 | 0,55 | 0,07 |
| Hospitalisation prolongée pendant l'enfance | 0,61 | 0,36 | 0,027 |
| Autre événement traumatique de l'enfance | 0,38 | 0,36 | 0,045 |
| Perte prématurée du conjoint | 0,31 | 0,11 | 0,044 |
| Hospitalisation prolongée à l'âge adulte | 0,92 | 0,62 | 0,045 |
| Bagarre(s) | 0,85 | 0,40 | 0,01 |
| Suicide d'un membre de la famille proche à l'âge adulte | 0,54 | 0,23 | 0,046 |
| item | T+ (23 sujets pour lesquels T > 0,41) | T- (37 sujets pour lesquels T < 0,41) | (p) |
| Suicide d'un membre de la famille proche à l'âge adulte | 0,52 | 0,16 | 0,004 |

5. DISCUSSION

5.1 Biais et limites de l'étude

5.1.1 Biais

5.1.1.1 Biais de sélection

La sélection des sujets souffrant d'un trouble de personnalité borderline s'est faite sur l'impression clinique du psychiatre qui suivait le patient ce qui introduit un élément de subjectivité. Cependant, 25 psychiatres ont participé à l'étude et le clinicien devait se référer à la définition du trouble dans la classification internationale de l'APA et cocher les critères du DSM-IV-TR présents chez le sujet. L'approche catégorielle de la personnalité borderline par le DSM-IV est validée (Sanislow, 2002) ; (Johansen, 2004). La sélection des sujets aurait pu se faire en se référant à la classification internationale de l'OMS (CIM-10) mais les deux systèmes diagnostiques DSM et CIM sont compatibles l'un avec l'autre. De plus, le neuvième critère du DSM-IV-TR « survenue transitoire dans des situations liées au stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » n'est pas repris dans la CIM-10 pour le diagnostic de la personnalité borderline. Il n'a pas été utilisé d'instruments d'évaluation permettant d'aider au diagnostic du trouble borderline selon les critères DSM. Les entretiens semi-structurés les plus spécifiques comme le « Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders » (SCID-II) ou l'« International Personality Disorder Examination » (IPDE) auraient dû être utilisés pour poser le diagnostic de personnalité borderline avec une plus grande spécificité. Ils constituent aujourd'hui le gold standard en matière d'outils diagnostiques de trouble de la personnalité. Ils nécessitent cependant une formation et un entraînement pour l'interviewer. De plus, ils sont exigeants en matière de temps (de 45 à 120 minutes) et donc difficiles à utiliser dans la population borderline qui devait remplir deux autres auto-questionnaires.

Les sujets recrutés étaient soit hospitalisés en temps plein soit suivis en consultation ou en hôpital de jour. Cela introduit un élément d'hétérogénéité dans la cohorte. Nous pouvons en effet supposer que les sujets en hospitalisation complète présentent plus de symptômes aigus que ceux qui viennent consulter ou sont suivis en unité de jour et cela peut altérer les réponses aux questionnaires. Cependant, les sujets ont été recrutés en fin d'hospitalisation et les patients qui présentaient un trouble de l'axe I du DSM dominant le tableau clinique n'ont pas été inclus dans l'étude. De plus, tous les résultats ont été comparés entre les deux groupes (hospitalisation complète / consultation + hospitalisation de jour). Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes pour la moyenne du score total EVVIE et pour les moyennes des sous-scores EVVIE. Le score moyen de la dimension Coopération est significativement inférieur dans le groupe des sujets hospitalisés.

5.1.1.2 Biais de passation

Le biais de passation est ici réduit puisqu'il s'agit de deux auto-questionnaires anonymes et qui n'influent pas sur la prise en charge du sujet : il est donc plus probable que celui-ci réponde de façon honnête, même si cela n'est pas garanti totalement.

En ce qui concerne les événements de vie, il faut évoquer la possibilité de biais de mémorisation (par défaut ou par excès) ainsi que le biais de subjectivité des réponses.

Le biais de mémorisation par défaut est atténué par l'exhaustivité des items du questionnaire EVVIE. Ces derniers peuvent aider à retrouver certains événements de vie qui auraient pu être omis lors d'une sollicitation neutre.

La subjectivité des réponses est liée à la quantification de l'impact événementiel par le sujet. Il peut donc sur ou sous-évaluer un impact.

Le biais de mémorisation par excès et la subjectivité des réponses font l'objet des discussions de beaucoup d'études de la littérature portant sur les antécédents traumatiques dans l'enfance des borderline. Les auteurs insistent souvent sur le fait qu'on ne peut pas exclure la possibilité de fabulations, l'exagération de certains événements de vie. L'instabilité des borderline, dans la perception des autres, des affects des autres et dans leurs propres affects, peut créer un biais dans les études sur les antécédents. Un sujet borderline peut, de part ses symptômes, voir sa famille plus négligente qu'elle ne l'est réellement. De plus, de fausses remémorations d'événements de vie sont décrites dans la littérature au cours des psychothérapies (Frankel, 1993). Les psychanalystes insistent sur le fait que le traumatisme psychique peut être une situation réelle ou fantasmée (Freud, 1951) et que le traumatisme peut être quelque chose qui a eu lieu ou qui n'a pas eu lieu (Ferenczi).

5.1.2 Limites

Il paraît important d'insister sur le fait que l'échantillon de sujets reste limité (60 sujets). Par conséquent, les résultats doivent être considérés avec prudence.

Il faut également noter que les patients borderline que nous rencontrons au Centre Hospitalier Esquirol représentent certainement un sous-groupe homogène avec des critères de gravité. Les sujets de la cohorte sont soit hospitalisés soit suivis en consultation ou en unité de jour mais, de toute façon, ils ont, pour la plupart, déjà été hospitalisés de manière prolongée comme le montre d'ailleurs le résultat de l'item 42 du questionnaire EVVIE (68,3% de l'échantillon rapporte avoir été hospitalisé de manière prolongée). Le trouble de la personnalité limite constitue aujourd'hui, 10% de l'activité psychiatrique ambulatoire et il est probable que les borderline rencontrés en libéral par les psychiatres ou les médecins généralistes constituent un groupe avec des caractéristiques cliniques différentes des sujets étudiés ici (Cailhol, 2011). De plus, il existe aussi des borderline non suivis. Une étude sur une population témoin a retrouvé un taux de 5,9% de borderline, ce qui montre la forte prévalence de sujets borderline non suivis sur le plan psychiatrique (Grant, 2008). Les sujets de l'échantillon étudié présentent un dysfonctionnement psychosocial à priori plus important, rendant difficile la généralisation des résultats à l'ensemble de la population borderline.

5.2 Discussions des résultats

5.2.1 Composition sociodémographique de la cohorte de borderline

Il existe une prédominance de femmes (78% de la cohorte), ce qui s'accorde avec les données de la littérature affirmant que le trouble borderline est plus souvent retrouvé chez les femmes : 75% à 80% des cas de patients borderline selon les dernières données de l'APA (American Psychiatric Association, 2000). Marsha Linehan, en 1993, dans son manuel de guidance thérapeutique, utilise d'ailleurs exclusivement le genre féminin et parle des « patientes limites » (Linehan, 1993). Lieb parle de 7 femmes pour 3 hommes borderline (Lieb, 2004).

L'âge moyen retrouvé dans la cohorte (36,4 ans) est un peu plus élevé que celui décrit dans la littérature qui parle d'un pic de vulnérabilité maximum autour de la trentaine (Pope, 1983) ; (Mc Glashan, 1986) ; (Stone, 1993).

5.2.2 Événements de vie de la cohorte de borderline

La moyenne du score total EVVIE est élevée (58,4). Pour se rendre compte de l'importance de ce chiffre, on peut le comparer aux résultats obtenus dans le travail de thèse du Dr Emery en 2010. La moyenne du score total EVVIE était de 34,8 dans une population de 60 sujets obèses (âge moyen de cette population : 50,4 ans) et de 17,9 dans une population témoin générale de 60 sujets (âge moyen de 39,9 ans) ; (Emery, 2010).

Ce résultat n'est pas surprenant aux vues de la littérature qui souligne la fréquence élevée des antécédents d'événements traumatiques chez les sujets borderline. Certains considèrent même ce trouble comme une forme d'État de Stress Post-Traumatique (ESPT). Le lien entre les deux troubles est aujourd'hui sujet de controverses et fait l'objet de plusieurs études notamment d'imagerie fonctionnelle. S'agit-il de deux troubles séparés, de deux variantes d'un même trouble, de deux troubles comorbides ? Gunderson précise en 1993, que, de toute façon, les patients borderline, aux vues de la fréquence des événements de vie traumatiques, sont plus vulnérables pour développer un ESPT (Gunderson, 1993).

Selon une étude de 2007, la personnalité la plus souvent associée à l'ESPT est la personnalité borderline (Kedia, 2007). Selon Grant en 2008, la prévalence de l'ESPT dans la population borderline serait de 39,2% (Grant, 2008).

La moyenne de la cohorte pour le sous-score de l'enfance du questionnaire EVVIE est élevée (19,4). Dans la population de sujets obèses recrutée par le Dr Emery, la moyenne était de 10,7 et elle était de 6,1 dans la population témoin générale. Là encore, le résultat de l'étude n'est pas surprenant. Déjà H. Deutsch, en 1934, décrivait les personnalités « as if » et évoquait une carence affective précoce responsable de la symptomatologie (Deutsch, 2007). Ce courant d'idées a été repris par Winnicott et le concept de faux-self en 1956. Winnicott fait l'hypothèse d'une perturbation du « holding maternel » (Winnicott, 1988). Stern remet le terme borderline à l'honneur en 1938 et fait l'hypothèse que ces patients sont paralysés par un traumatisme psychique (Stern, 1938). Masterson, en 1971, évoque aussi à propos de l'étiologie des états-limites le rôle des carences affectives maternelles précoces. Bergeret évoque le rôle d'un traumatisme psychique réel désorganisateur précoce dans l'étiologie des états-limites. Kernberg fait l'hypothèse de frustrations précoces graves au stade oral. De nombreuses études ont confirmé ces hypothèses et ces concepts. La participation des événements de vie traumatiques de l'enfance dans le développement du trouble borderline est aujourd'hui indiscutable (Zanarini, 2002) ; (Mc Lean, 2003) ; (Bandelow, 2005). Dans l'étude de Bandelow en 2005, seulement 6,1% des borderline ne rapportent aucun événement de vie traumatique grave de l'enfance contre 61,5% de la population témoin composée de sujets sains. Dans l'étude présentée ici, le résultat minimum pour le sous-score de l'enfance du questionnaire EVVIE est de 1. Donc, tous les sujets rapportent au moins un événement de vie de l'enfance. Deux sujets obtiennent un score de 1 pour le sous-score de l'enfance. Cela signifie qu'ils ont été soumis à l'événement sans toutefois en garder un souvenir traumatisant. Tous les autres sujets de l'étude ont, au moins, été marqués par un événement de vie de l'enfance.

Les types d'événements de vie traumatiques de l'enfance rapportés par la cohorte de sujets borderline correspondent aux facteurs de risque de morbidité mentale. On appelle « facteurs de risques » toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité mentale supérieure à

celui qu'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques. Chez l'enfant, sont retrouvés, la prématurité, la souffrance néonatale, la gémellarité, la pathologie somatique précoce, les séparations précoces, une maladie somatique chronique. Dans la famille, sont retrouvés, la séparation parentale, la mésentente chronique, l'alcoolisme, la maladie chronique, en particulier d'un parent, le couple incomplet, le décès. Dans la société, sont retrouvés, la misère socio-économique, la situation de migrant (Marcelli, 2009).

D'autre part, les événements de vie de l'enfance les plus rapportés par la cohorte correspondent aussi aux événements reconnus, aujourd'hui, comme associés au développement du trouble borderline.

L'hospitalisation prolongée pendant l'enfance (item 14 du questionnaire EVVIE) est l'événement de vie le plus souvent rapporté par les sujets (66,7% de l'échantillon). Cette hospitalisation peut correspondre à une pathologie somatique précoce, à une prématurité, une souffrance néonatale ou une pathologie somatique chronique. Il peut aussi s'agir de problèmes psychiatriques de l'enfance. Malheureusement, l'item ne précise pas la raison de cette hospitalisation, mais dans tous les cas, elle peut interagir dans le processus d'attachement, d'autant plus qu'elle a été précoce. Le problème de l'attachement est décrit, dans la littérature, comme étant au cœur de la pathologie borderline (Zanarini, 1997) ; (Nickel, 2002). La fréquence de la positivité de cet item dans la population borderline n'est donc pas étonnante. Un item sur la prématurité, reconnue à la fois comme un facteur de risque de morbidité mentale et comme un facteur de risque de trouble borderline (Bandelow, 2005), pourrait aussi être intéressant.

Les difficultés à l'école sont rapportées par 61,7% de l'échantillon et peuvent peut-être s'expliquer par les troubles de l'attention dans l'enfance retrouvés dans les études rétrospectives réalisées chez des sujets borderline (Carlson, 2009).

La fréquence de la positivité de l'item 10 qui évalue la mésentente entre les parents est supérieure à celle de l'item 9 qui évalue le divorce. Ceci coïncide aussi avec la littérature. Rutter note que « le principal facteur de trouble à long terme n'est pas la séparation elle-même mais plutôt la discorde familiale si souvent associée à la séparation ». Selon lui, un facteur de bon pronostic serait alors le maintien d'une bonne relation avec au moins l'un des parents et « il ne semble pas que cela fasse une différence que la bonne relation soit avec un père ou avec une mère » (Rutter, 1998). Il serait aussi intéressant de séparer un item spécifique aux violences sexuelles et de faire préciser l'âge de l'abus. En effet, certaines études semblent montrer que ce sont les abus sexuels de la première enfance qui sont associés au développement du trouble borderline (Mc Lean, 2003). C'est aussi la position des psychanalystes. Les résultats des différentes études sont cependant contradictoires à ce jour. Dans l'étude de Bandelow, aucune différence significative n'a été retrouvée entre 3 groupes d'âges (Bandelow, 2005). Enfin, les pathologies psychiatriques des parents ne sont rapportées que par 35% de l'échantillon et cela est par contre en contradiction avec les résultats de l'étude de Bandelow présentant ce facteur comme le plus significatif pour le développement du trouble borderline (Bandelow, 2005).

Les types d'événements de vie traumatiques de l'âge adulte, rapportés par les sujets de la cohorte étudiée ici, semblent correspondre à des conséquences de certains critères du trouble borderline décrits par Gunderson et dans le DSM-IV-TR : le mode de relations interpersonnelles instables (problèmes de couple (item 21), séparations conjugales (item22), problèmes relationnels au travail (item 34), difficultés relationnelles avec un (ou des) membre(s) de la famille proche (item62)) ; les colères intenses et inappropriées (participation à des bagarres (item55)) ; l'impulsivité (difficultés matérielles (item 40), déménagements fréquents (item47)). Le SCID-II a été utilisé pour valider la définition catégorielle du DSM-IV de la personnalité borderline (Johansen, 2004). Il est ressorti de ce travail, que, malgré une bonne

consistance interne de la définition dans le DSM-IV, plusieurs critères n'étaient pas assez spécifiques. Cette étude a ainsi montré que la hiérarchie des critères devrait être revue. Le « mode de relations interpersonnelles instables » (critère 2 dans la classification actuelle) serait le critère le plus spécifique, puis suivraient, « l'impulsivité » (critère 4), « la perturbation de l'identité » (critère 3) et « les colères intenses et inappropriées » (critère 8). Les événements de vie traumatiques de l'âge adulte, rapportés par les sujets borderline étudiés ici, semblent correspondre à des conséquences des critères les plus spécifiques de la pathologie.

La fréquence des événements de vie traumatiques, l'impact de ces derniers, les types d'événements de vie rapportés par la cohorte étudiée correspondent aux données de la littérature sur le trouble borderline.

5.2.3 Profil de personnalité de la cohorte de borderline

La juxtaposition des scores moyens des différentes dimensions de personnalité de la cohorte avec les scores moyens de la population générale américaine (Cloninger, 1993) et française (Pélissolo, 2000) nous montre le profil de personnalité suivant pour la population borderline étudiée : une Recherche de Nouveauté (RN) élevée, un Évitement du Danger (ED) élevé, une Dépendance à la Récompense (DR) modérée, une Persistance (P) modérée, une Détermination (D) basse, une Coopération (C) modérée et une Transcendance (T) basse.

La dimension RN correspond à l'émotion de base « colère » (Svrakic, 1991). Il n'est donc pas étonnant de retrouver un score moyen pour cette dimension plus élevé dans une cohorte de sujets borderline que dans une population générale. La colère est le critère 8 retenu dans le DSM-IV-TR pour le diagnostic de la personnalité borderline et, d'après l'étude de Johansen, il s'agit d'un critère assez spécifique (Johansen, 2004). On retrouve de plus des indices de cette « colère » dans la biographie de la cohorte étudiée. 50% des sujets disent, en effet, avoir participé à des bagarres (item 55 du questionnaire EVVIE). Les résultats pour cette dimension tempéramentale ne sont donc pas surprenants. Le même résultat est, de plus, retrouvé dans plusieurs études. Les travaux, retrouvés dans la littérature, recherchant le profil tempéramental de populations borderline avec le TPQ (Korner, 2007) et ceux recherchant le profil de personnalité avec le TCI (Svrakic, 1993) ; (Cloninger, 1994) ; (Mulder, 1994) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Bricaud, 2011) retrouvent une Recherche de Nouveauté élevée.

La dimension ED correspond à l'émotion de base « crainte » (Svrakic, 1991). Il n'est donc pas étonnant de retrouver un score moyen pour cette dimension plus élevé dans une population borderline que dans une population générale. Le sujet borderline ressent une insécurité permanente intérieure et le moindre aléa dans sa vie est perçu comme une menace. De plus, nous savons que les affects de la peur s'inscrivent au niveau de l'amygdale. La diminution du volume de l'amygdale chez les borderline a été montrée dans les études d'imagerie cérébrale récente (Nunes, 2009) ; (Weniger, 2009). Cette anomalie a même été montrée comme semblant spécifique au trouble borderline dans une étude de 2010. Elle a été retrouvée chez des borderline sans ESPT et sans épisode dépressif majeur associé (Wingenfeld, 2010). L'imagerie fonctionnelle retrouve que les sujets borderline ont un excès de substance grise au niveau de l'amygdale ce qui entraîne une suractivation de la région en réponse à certains stimuli perçus comme menaçants et à l'inverse le cortex cingulaire antérieur, qui régule l'amygdale, présente une déficience en cellules nerveuses et est sous-activé. Le cortex cingulaire antérieur échoue donc dans son rôle de frein à l'emballement de la réponse de la peur (Minzenberg, 2008). Ce dysfonctionnement frontolimbique est mis en évidence dans plusieurs études récentes sur le trouble borderline en comparant en neuroimagerie fonctionnelle des borderline à des sujets

sains. Lors de la remémoration d'un événement de vie douloureux, seuls les sujets borderline (comparés à des témoins sains), montrent une activation bilatérale des amygdales en imagerie fonctionnelle (Beblo, 2006). Quand il est demandé aux borderline d'utiliser une stratégie cognitive pour contrôler leur réponse aux images déplaisantes, l'imagerie fonctionnelle montre une moindre activation du cortex cingulaire antérieur par rapport aux sujets sains (Koenigsberg, 2009). Le résultat de l'étude pour la dimension Évitement du Danger s'explique donc totalement par la clinique du trouble borderline et les résultats des travaux de neuroimagerie. Les études retrouvées dans la littérature recherchant le profil tempéramental de populations borderline avec le TPQ (Korner, 2007) et celles recherchant le profil de personnalité avec le TCI (Svrakic, 1993) ; (Mulder, 1994) ; (Cloninger, 1994) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Bricaud, 2011) retrouvent aussi un Évitement du Danger élevé. De plus, 71,7% de l'échantillon étudié ici a répondu avoir connu une réduction importante des relations sociales (item 46 du questionnaire EVVIE) ce qui peut être interprété comme une crainte et un évitement.

La Dépendance à la Récompense correspond à l'émotion de base « amour » (Svrakic, 1991). La Dépendance à la Récompense définit, pour Cloninger, des sujets tendres, chaleureux, sensibles, dépendants et sociables. Les sujets borderline sont sensibles et dépendants. Modell emploie en effet la métaphore du porc-épic à l'encontre des borderline pour illustrer leur mode de relation anaclitique : « pouvoir dormir suffisamment près de ses congénères pour en tirer chaleur et quiétude tout en restant suffisamment éloigné pour ne pas être transpercé par les piquants » (Modell, 1963). Ils sont dépendants des autres avec ce mode de relation anaclitique. Nous aurions alors plutôt tendance à penser, aux vues de la clinique du borderline, que la moyenne de la dimension DR dans une population borderline serait supérieure à la moyenne en population générale. Mais Green rappelle que chez ces sujets, il coexiste des angoisses d'abandon et des angoisses d'intrusion. Ils restent peu sociables. Il est donc difficile de formuler une hypothèse pour cette dimension à partir de la clinique. Les résultats de l'étude montrent une moyenne pour la dimension DR modérée. Les différentes études de la littérature recherchant le profil tempéramental de populations borderline avec le TPQ (Korner, 2007) ou celles recherchant le profil de personnalité avec le TCI (Svrakic, 1993) ; (Mulder, 1994) ; (Cloninger, 1994) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Bricaud, 2011) retrouvent une Dépendance à la Récompense basse ou modérée.

La Persistance correspond, selon Cloninger, à la capacité de persévérer, la tendance à poursuivre un comportement sans prendre en considération les conséquences de ce comportement, en l'absence de renforcements immédiats et malgré la fatigue et la frustration. Les résultats de l'étude montrent une dimension Persistance modérée dans la population de borderline.

La Détermination correspond à la maturité individuelle. Il n'est donc pas étonnant de retrouver un score moyen pour cette dimension plus bas dans une population de borderline que dans une population générale. Les troubles de la personnalité sont caractérisés par une dimension D basse (Svrakic, 1993) ; (Bulik, 1995) ; (Bayon, 1996) ; (Cloninger, 1997). Le résultat de l'étude est donc en accord. Les différentes études de la littérature recherchant le profil de personnalité de populations borderline avec le TCI retrouvent aussi une Détermination basse (Svrakic, 1993) ; (Cloninger, 1994) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Bricaud, 2011).

La Coopération correspond à la maturité sociale. Les troubles de la personnalité sont caractérisés par une dimension C basse (Svrakic, 1993) ; (Bulik, 1995). Les différentes études de la littérature recherchant le profil de personnalité de population borderline avec le TCI retrouvent une Coopération basse (Svrakic, 1993) ; (Cloninger, 1994) ; (Mulder, 1999) ; (Pukrop, 2002) ; (Joyce, 2003) ; (Svrakic, 2003) ; (Bricaud,

2011). Dans l'étude présentée ici, la moyenne de la cohorte pour la Coopération est modérée. Ce résultat est donc en désaccord avec la clinique et les résultats d'études de la littérature. L'étude de Mulder en 1999 montre qu'il existe une forte corrélation entre une Détermination basse et la présence d'un trouble de personnalité et à moindre degré une corrélation entre une Coopération basse et un trouble de la personnalité (Mulder, 1999).

La Transcendance correspond à la dimension spirituelle de la personnalité. Une note élevée à cette dimension peut refléter une grande créativité chez des individus qui obtiennent des notes élevées pour les deux autres dimensions de caractères. Par contre, une note élevée de Transcendance qui s'accompagne de notes faibles à la Détermination et à la Coopération est le reflet d'une gravité psychopathologique et s'accompagne de symptômes de la lignée psychotique (Bayon, 1996). La moyenne de la dimension Transcendance de la cohorte est basse. Ceci va bien dans le sens de la non appartenance du trouble borderline aux troubles psychotiques. Les éléments psychotiques transitoires surviennent lors d'accès paroxystiques d'angoisse. Les études de la littérature recherchant le profil de personnalité de populations borderline retrouvent aussi une Transcendance basse.

Le profil de personnalité de la cohorte étudiée correspond aux données de la littérature sur le trouble borderline hormis pour la dimension C.

5.2.4 Hypothèse de profil neurobiologique pour la cohorte de borderline

La Recherche de Nouveauté est décrite par Cloninger comme la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux. Le sujet répond à ces stimuli en cherchant activement une récompense possible et en essayant d'éviter la monotonie et les punitions. Ce type de comportement active principalement, au niveau du système nerveux central, les circuits contrôlés par les neurones dopaminergiques du mésencéphale. Dans deux études, il a été prouvé qu'un marqueur d'ADN du gène d'un neurorécepteur (le récepteur dopaminergique D4) est lié à la dimension RN (Benjamin, 1996) ; (Ebstein, 1996). Plusieurs études ont confirmé cette association même si d'autres retrouvent des résultats contradictoires.

Il est postulé par Cloninger qu'une note élevée à cette dimension est associée à un taux de base faible de dopamine. Ainsi, les individus caractérisés par un faible taux de base de dopamine seraient prédisposés à produire des comportements exploratoires qui favoriseraient la libération de dopamine. Cette libération de dopamine renforce les comportements exploratoires. Blizzard soupçonne qu'un fonctionnement fautif des récepteurs dopaminergiques pourrait entraîner des comportements aberrants dans la recherche de drogues, de tabac, d'alcool et de nourriture ainsi que d'autres troubles du comportement (jeu pathologique, Tourette, troubles de l'attention, impulsivité). Ainsi, à partir des conclusions de Cloninger et des autres travaux de la littérature, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un fonctionnement dopaminergique de base faible dans la population de sujets borderline étudiée.

Des études retrouvées dans la littérature suggèrent que le trouble borderline serait associé au fonctionnement dopaminergique. Le gène codant pour le transporteur de la dopamine est localisé sur le chromosome 5. Le polymorphisme de ce gène explique les variations dans le fonctionnement du transporteur de la dopamine. Une forme particulière a été associée au trouble borderline (Joyce, 2006).

L'Évitement du Danger est décrit par Cloninger comme la tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations. Le système neurobiologique sous-jacent à cette dimension serait le système sérotoninergique, avec la mise en jeu des voies septo-hippocampiques qui partent des

noyaux du raphé. Une note élevée à cette dimension traduirait un déficit dans le fonctionnement sérotoninergique.

La dimension ED a été associée au gène codant pour le transporteur de la sérotonine (Lesch, 1996). Plusieurs études ont confirmé cette association même si d'autres retrouvent des résultats contradictoires.

Il a été montré que la sensibilité des récepteurs 5-HT1a était liée à la dimension d'Évitement du Danger dans une population de sujets déprimés (Hansenne, 1997) et chez des sujets normaux (Hansenne, 1999). Une étude de 1999 retrouve une corrélation négative entre la dimension ED et la sensibilité des récepteurs 5-HT2 (Peirson, 1999). Cette étude suggère aussi que la dimension de caractère Détermination serait également associée à un hypofonctionnement sérotoninergique.

En résonance avec l'hypothèse de Cloninger et les autres études de la littérature, nous pouvons postuler qu'il existe une modulation sérotoninergique réduite dans la cohorte de borderline étudiée.

En 1991, Siever et Davis ont formulé l'hypothèse d'une modulation sérotoninergique réduite pouvant expliquer le mauvais contrôle comportemental chez les sujets borderline.

Aujourd'hui, l'hypofonctionnement sérotoninergique est associé au trouble borderline. Une étude réalisée par Jovanovic, portant sur une population de 200 femmes borderline en comparaison avec des témoins sains du même sexe, a permis de montrer que le trouble borderline était associé à un potentiel du récepteur 5-HT1A significativement plus bas que la population saine et ce indépendamment de la région cérébrale. Certains gènes qui semblent être liés au développement du trouble borderline, sont également impliqués dans le système sérotoninergique (New, 2008) ; (Ni, 2009). Le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique semble expliquer les différences interindividuelles dans le développement de l'impulsivité suite aux mêmes événements de vie douloureux chez les sujets borderline (Wagner, 2009).

Les anomalies de fonctionnement du système limbique et du cortex cingulaire antérieur chez les borderline ont été expliquées par la modulation sérotoninergique réduite.

L'hypofonctionnement sérotoninergique est depuis longtemps incriminé dans l'impulsivité et la suicidalité (Combalbert, 2002).

Plusieurs travaux dont ceux de Cocarro, ont démontré le lien entre l'hypofonctionnement sérotoninergique et l'impulsivité et la suicidalité dans le trouble borderline. Une faible augmentation de la prolactine en réponse à la fenfluramine (agent qui stimule la libération de sérotonine et bloque sa recapture) serait corrélée avec une histoire de tentative de suicide chez les borderline (Gunderson, 2001).

Étant donné le nombre de sujets D+ et ED+ de la cohorte, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces sujets présentent pour la plupart un hypofonctionnement sérotoninergique et que cette population aurait un risque impulsif et suicidaire importants.

De plus, le groupe des femmes présente un score moyen pour l'Évitement du Danger significativement supérieur à celui du groupe des hommes. Le score moyen du groupe des femmes pour la dimension Détermination est significativement inférieur à celui du groupe des hommes. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une modulation sérotoninergique encore plus réduite chez les femmes borderline. L'impulsivité et le risque suicidaire seraient donc plus importants dans le groupe des femmes. Nous pouvons à partir de là émettre l'hypothèse d'un plus mauvais pronostic pour le groupe de femmes borderline. Ceci va à l'encontre des études montrant un plus mauvais pronostic pour les hommes borderline (Stone, 1990) et rejoint l'idée de Linehan qui présente un sous-groupe borderline constitué de femmes avec des comportements para suicidaires à répétition (Linehan, 1993). Dans l'étude de Cailhol en 2007, le sexe

féminin a été montré comme un facteur de risque significatif de récurrence de comportements suicidaires à 1 an (Cailhol, 2007).

Aux vues des différentes études et des résultats de cette étude, nous comprenons aussi l'intérêt des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine dans le traitement du trouble car en effet, ces molécules activent le récepteur 5-HT_{1A} et bloquent la recapture pré synaptique de la sérotonine.

La Dépendance à la Récompense traduit pour Cloninger la tendance à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense comme l'approbation sociale et interpersonnelle et à éviter une punition. Le principal neuromédiateur de ce type de comportement serait la noradrénaline et plus spécifiquement les voies ascendantes partant du locus coeruleus vers le système limbique.

Le modèle de Cloninger postule qu'une note élevée pour cette dimension est associée à un taux de base faible de noradrénaline. L'hypothèse est principalement fondée sur des études selon lesquelles une réduction de l'activité noradrénergique entraîne, chez l'animal, une résistance à l'extinction et chez l'Homme, une diminution de l'apprentissage.

Le score moyen DR de la population borderline étudiée est très proche des valeurs moyennes en populations générales. Il est donc modéré. Le fonctionnement noradrénergique de la cohorte borderline s'apparenterait au fonctionnement noradrénergique d'une population générale.

Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse neurobiologique formulée par Siever et Davis en 1991 : le déficit de la régulation émotionnelle du borderline serait dû à une hyperactivité noradrénergique. De plus, selon une autre étude, l'hyperactivité noradrénergique expliquerait l'angoisse du borderline (Bremner, 1996).

Cloninger a postulé que les trois dimensions de tempéraments de base étaient associées à trois neurotransmetteurs différents. Cette conception s'est appuyée sur de nombreuses données. Mais elle ne tient cependant pas compte de l'interaction de ces différents neurotransmetteurs entre eux et avec d'autres neurotransmetteurs comme le glutamate et le GABA ou encore avec les hormones.

Une relation entre le gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT₂ et la dimension DR a été démontrée et ce en interaction avec les gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D₄ et D₃ (Ebstein, 1997). Dans le modèle de Zuckerman les bases biologiques de la personnalité sont représentées par les interactions entre les neurotransmetteurs et également les hormones.

5.2.5 Événements de vie des sujets borderline associés à leurs dimensions de personnalité

La dimension tempéramentale Recherche de Nouveauté élevée n'est retrouvée associée à aucun événement de vie traumatique de l'enfance.

Les problèmes de couple et la participation à des bagarres à l'âge adulte sont les deux seuls événements de vie significativement associés à la dimension Recherche de Nouveauté élevée. Il est peu probable que le lien soit une modulation de la dimension secondaire à ces deux événements. La dimension RN est une dimension de tempérament donc supposée stable au cours de la vie. Des études suggèrent même une diminution de la dimension avec l'âge. L'étude de Lépine montre en effet la relation entre RN et l'âge avec une diminution de RN avec l'âge (Lépine, 1994).

Nous pouvons donc dire que l'hypothèse la plus probable pour expliquer ce lien est l'influence de la dimension tempéramentale sur les deux événements de vie cités. La dimension correspond en effet à l'émotion de base « colère ». Les sujets présentant une Recherche de Nouveauté élevée se retrouvent plus facilement dans les situations de bagarres et de conflits conjugaux.

A partir de là, nous pouvons formuler l'hypothèse d'une dimension RN élevée de façon constitutionnelle. Cette vulnérabilité dimensionnelle constitutionnelle engendrerait des réactions passives et prédéterminées devant différents stimuli. Il s'agirait d'une vulnérabilité constitutionnelle pour le développement du trouble borderline. Cette dimension élevée est en lien, selon le modèle de Cloninger, avec un taux de base faible de dopamine.

A partir des résultats de l'étude et des travaux de Cloninger, nous pouvons formuler l'hypothèse que la dimension Recherche de Nouveauté élevée est une vulnérabilité constitutionnelle (sous-tendue par un hypofonctionnement dopaminergique de base) pour le développement du trouble borderline.

Le fait d'être issu d'un milieu défavorisé (affectif, social ou culturel) est le seul événement de vie de l'enfance significativement associé à la dimension ED élevée. Ce résultat suggère une influence de l'environnement de l'enfance sur la dimension de tempérament ED. Cependant aucun autre événement de vie de l'enfance et de l'âge adulte n'est significativement associé à la dimension ED élevée suggérant que cette dimension est en grande partie d'origine constitutionnelle. Le modèle de Cloninger présente la spécificité de s'appuyer entièrement sur des hypothèses génétiques pour définir les variables du tempérament, avec une proposition de dimensions supposées être héritées et contrôlées par des systèmes neurobiologiques spécifiques (Pélissolo, 1998).

Aux vues des résultats de l'étude, et des travaux de Cloninger, nous pouvons formuler l'hypothèse que cette dimension ED élevée serait une vulnérabilité dimensionnelle en grande partie constitutionnelle pour le développement du trouble borderline. Le score moyen d'Évitement du Danger du groupe des femmes de la cohorte est significativement supérieur à celui du groupe des hommes. Il n'y a pas de différences significatives au niveau des moyennes des scores EVVIE entre le groupe des femmes et le groupe des hommes de la cohorte. Selon Cloninger cette dimension élevée est en lien avec un hypofonctionnement sérotoninergique. Certains gènes qui semblent être liés au développement du trouble borderline, sont également impliqués dans le système sérotoninergique (New, 2008) ; (Ni, 2009). Le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique semble expliquer les différences interindividuelles dans le développement de l'impulsivité suite aux mêmes événements de vie douloureux chez les sujets borderline (Wagner, 2009). Aux vues des résultats de l'étude et des travaux retrouvés dans la littérature, nous pouvons formuler l'hypothèse d'une modulation sérotoninergique encore plus réduite chez les femmes borderline que les hommes borderline et ce indépendamment des événements de vie.

Le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique pourrait expliquer cette différence entre hommes et femmes mais nous pouvons aussi émettre l'hypothèse d'une interaction avec d'autres neurotransmetteurs ou avec des hormones. Cependant, les femmes borderline présenteraient une modulation sérotoninergique plus réduite que les hommes et donc une plus grande impulsivité. Le pronostic serait donc plus mauvais dans le groupe des femmes borderline en raison de ce risque impulsif et donc du risque de passages à l'acte impulsifs.

La maladie mentale grave d'un proche est le seul événement de vie de l'enfance significativement associé à un score élevé pour la dimension Dépendance à la Récompense. Ces résultats suggèrent que cet événement de vie de l'enfance modulerait la dimension tempéramentale DR.

Les problèmes de couple sont également significativement associés à un score élevé DR. Il s'agirait alors vraisemblablement plutôt de l'influence de la dimension élevée sur l'événement de vie. En effet, il s'agit d'une dimension tempéramentale donc supposée stable.

L'accident grave d'un des enfants, le fait d'avoir été soumis à un sinistre à l'âge adulte, la maladie grave d'un membre de la famille proche à l'âge adulte sont des événements significativement associés à la dimension Persistance élevée.

Les problèmes psychologiques à l'âge adulte, la réduction importante des relations sociales, la perte d'un ou de plusieurs ami(s) proche(s) à l'âge adulte, l'accueil d'un nouvel arrivant au foyer à l'âge adulte sont aussi associés à la dimension P élevée.

Ces résultats suggèrent que les événements de vie traumatiques de l'âge adulte modèleraient la dimension tempéramentale P qui à son tour entraînerait certains comportements et d'autres événements.

La moyenne du sous-score 3 du questionnaire EVVIE du groupe des sujets ayant un score élevé de Persistance est significativement supérieure à celle des sujets ayant une Persistance modérée ou basse.

Le score moyen de la dimension Persistance est significativement supérieur dans le groupe des sujets de plus de 35 ans que dans celui des sujets de moins de 35 ans. Ces résultats ne sont donc pas en accord avec le modèle de Cloninger qui présente la dimension Persistance comme une dimension tempéramentale donc supposée être héritée, stable et peu soumise aux effets de l'environnement.

Les événements de vie significativement associés à la dimension C basse sont la perte d'un ou plusieurs proches pendant l'enfance, la maladie mentale grave d'un proche pendant l'enfance, la maltraitance physique, sexuelle ou psychologique durant l'enfance, les déménagements fréquents au cours de la vie adulte et les difficultés relationnelles à l'âge adulte avec un (ou des) membre(s) de la famille proche. La dimension de caractère C basse serait soumise aux effets des événements de vie traumatiques de l'enfance et influencerait ensuite les comportements et donc certains événements de vie futurs. La dimension Coopération basse correspond à une immaturité sociale et explique les problèmes dans les relations interpersonnelles.

Aucun événement de vie traumatique n'est retrouvé significativement associé à la dimension D basse. Le groupe de sujets présentant un score pour la dimension Détermination inférieure à la moyenne de la population générale américaine (55 sujets notés D+) obtient une moyenne du sous-score de l'enfance du questionnaire EVVIE plus élevée que le groupe des sujets D- (5 sujets). Ce résultat n'est pas significatif. Il s'agit d'une tendance. La faiblesse numérique de l'échantillon de sujets D- ne nous permet pas de conclure sur l'association entre les événements de vie et la dimension de caractère D.

Les événements de vie significativement associés à la dimension T élevée sont la maltraitance durant l'enfance, l'hospitalisation prolongée durant l'enfance, la perte prématurée du conjoint, l'hospitalisation prolongée à l'âge adulte, la participation à des bagarres, le suicide d'un proche de la famille lors de la vie adulte. La moyenne du score total EVVIE est significativement supérieure dans le groupe des sujets ayant un score de Transcendance élevé (score supérieur à la moyenne en population générale française). Cette association peut être interprétée comme une interaction bidirectionnelle entre la dimension de caractère et les événements de vie. Le travail de Fassino montre que l'élévation de la dimension Transcendance peut être considérée comme un mécanisme de défense contre un environnement perturbé (Fassino, 2009). Une note élevée de la dimension Transcendance s'accompagnant de notes faibles à la Détermination et à la Coopération est le reflet d'une gravité psychopathologique et s'accompagne de symptômes de la lignée psychotique (Bayon, 1996).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Le TCI-125 et le questionnaire d'événements de vie EVVIE apparaissent pertinents dans l'approche étiopathogénique et psychobiologique des états-limites.

Les résultats de l'étude doivent cependant être considérés avec prudence étant donnée la faiblesse numérique de la cohorte.

Cependant, nous pouvons formuler des hypothèses étiopathogéniques et psychobiologiques pour le trouble borderline à partir de ce travail. Cette étude nous amène à plusieurs discussions et perspectives d'avenir.

Des vulnérabilités dimensionnelles constitutionnelles apparaissent indispensables au développement du trouble borderline. Il s'agirait de la dimension Recherche de Nouveauté élevée en lien avec un fonctionnement dopaminergique de base faible et de la dimension Évitement du Danger élevée en lien avec une modulation sérotoninergique réduite.

Les événements de vie traumatiques de l'enfance, aujourd'hui associés au développement du trouble, apparaissent comme des facteurs de gravité du trouble en raison du dysfonctionnement psychosocial et du risque impulsif qu'ils engendreraient.

Les résultats de cette étude suggèrent aussi l'importance des événements de vie traumatiques de l'âge adulte. Il s'agirait également de facteurs de mauvais pronostic aggravant encore le fonctionnement psychosocial. Ceci nous permettrait de comprendre les cas de patients qui décompensent suite à un événement de vie de l'âge adulte venant réactiver un premier traumatisme. Bergeret (Bergeret, 1974) puis Stone (Stone, 1993) décrivent une forme de trouble borderline qui ne devient symptomatique qu'aux alentours de la cinquantaine, après un événement de vie tardif venant réactiver un premier traumatisme. Cette forme est en général grave. Bergeret parle de forme « de la sénescence ». Il s'agit d'une décompensation décrite chez des sujets très actifs, avec un excessif besoin d'adaptation, une forte attache sociale. Bergeret parle des « vieux chênes » auparavant « hyper normaux » chez qui on observe une décompensation brutale avec la baisse des possibilités d'adaptation due la sénescence ou suite à un réel traumatisme comme le décès d'un proche par exemple.

Selon les résultats de cette étude, la dimension de tempérament Persistance serait soumise aux effets de l'environnement de la vie adulte.

Enfin, le sexe féminin serait un facteur de mauvais pronostic dans le trouble borderline. Il existerait une modulation sérotoninergique encore plus réduite chez les femmes que chez les hommes borderline et ce indépendamment des événements de vie. Elles auraient donc une plus grande impulsivité suite aux mêmes événements de vie douloureux et donc un plus grand risque de passages à l'acte impulsifs. Le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique est peut-être l'explication de cette différence entre hommes et femmes mais il pourrait s'agir aussi d'interactions entre la sérotonine et d'autres neurotransmetteurs ou avec des hormones.

Des études supplémentaires s'avèrent nécessaires pour comprendre les mécanismes biologiques sous-jacents au trouble borderline et adapter les traitements chimiothérapeutiques qui, à ce jour, restent d'efficacité modeste.

Le TCI nous paraît être utile en pratique clinique dans le trouble borderline pour aider au diagnostic mais surtout rechercher les facteurs de gravité et adapter le traitement psychothérapeutique et chimiothérapeutique.

ANNEXES

1. NOTE D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE

Note d'information pour les patients participant à l'étude intitulée :
« Intérêt du TCI (the Temperament and Character Inventory) dans l'approche psychobiologique et biographique des états limites »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en médecine, nous proposons une recherche concernant l'utilisation d'un questionnaire sur la personnalité appelé TCI.

Nous vous proposons de remplir deux auto-questionnaires :

- un questionnaire sur les événements de vie survenus au cours de l'enfance et à l'âge adulte,
- et le TCI.

Ce document a été réalisé par le service hospitalo-universitaire de psychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, dirigé par Monsieur le Professeur Clément.

Cette enquête répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En effet, les informations recueillies seront soumises au secret médical et ne pourront être divulguées, pour une raison quelconque, de manière nominative ou singulière, hors du cadre du programme de recherche.

A chaque étape, nous portons la plus grande attention sur les domaines relatifs au respect de votre vie privée.

Notre travail pourrait déboucher sur une meilleure compréhension de votre pathologie.

Nous restons à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires sur ce travail.

En vous remerciant par avance de votre contribution à notre étude, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Elodie Audebert-Mérilhou

(Interne de psychiatrie)

Professeur Jean-Pierre Clément

2. FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT POUR L'ÉTUDE

N° patient :

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Mme, Mlle, Mr (*Rayer la mention inutile*) :

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

déclare accepter de participer à une étude visant à évaluer l'intérêt clinique d'un questionnaire sur la personnalité appelé TCI (The Temperament and Character Inventory).

Ma participation se limitera à remplir le TCI et un autre questionnaire sur les événements de vie.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans que cela ne modifie ma prise en charge médicale. Je pourrai, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité et sans aucun préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les responsables de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que les données collectées au cours de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche, ces personnes étant soumises au secret professionnel.

J'ai reçu copie du présent document, ai été informé(e) qu'une copie serait conservée par l'investigateur, et j'y consens.

L'investigateur

Le (La) patient(e)

(Médecin chargé de l'étude)

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Signature de l'investigateur :

Signature du (de la) patient(e) :

3. CRITÈRES DU DSM-IV DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

N° patient :

| |
|---|
| CRITERES DSM-IV DU DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE PERSONNALITE ETAT LIMITE |
|---|

Selon le DSM-IV, le diagnostic de trouble de personnalité état limite peut être retenu si le patient présente au moins cinq des neuf critères suivants :

(Cocher les cases correspondantes aux critères présents chez votre patient)

1- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto-mutilations énumérés dans le critère 5).

2- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées 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 (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB : 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 (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).

7- Sentiment permanent de vide.

8- Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

9- Survenue transitoire dans des situations liées au stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

D'après American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual. Fourth edition (DSM-IV), Washington D.C., APA, 1994. Traduction française coordonnée par JD Guelfi. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^eEd., Paris, Masson 1996.

4. TCI-125

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE TCI-125 *

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels.

Pour chaque affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en entourant **une seule** des deux réponses V ou F.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions.

* *Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992) 125 items © CR Cloninger.*

Traduction française 2-1996 (A.Pelissolo, M.Téherani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine).

Nom : Prénom : Date de naissance :/../..... Date :/../..... N°.....

| | VRAI | FAUX | |
|---|----------------------------------|------|----|
| Exemple : pour répondre Vrai ⇒ | <input checked="" type="radio"/> | F | |
| J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps..... | V | F | 1 |
| J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens..... | V | F | 2 |
| J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances..... | V | F | 3 |
| Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi..... | V | F | 4 |
| Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal..... | V | F | 5 |
| J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens..... | V | F | 6 |
| J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes..... | V | F | 7 |
| J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum..... | V | F | 8 |
| Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire..... | V | F | 9 |
| Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles..... | V | F | 10 |
| Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres..... | V | F | 11 |
| Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes..... | V | F | 12 |
| Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis..... | V | F | 13 |
| Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens..... | V | F | 14 |
| J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même..... | V | F | 15 |
| J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens..... | V | F | 16 |

✓ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ✓

p.1/6

| | | |
|---|-----|----|
| Je me sens rarement libre de mes choix..... | V F | 17 |
| Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments..... | V F | 18 |
| J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas..... | V F | 19 |
| J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux..... | V F | 20 |
| J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente..... | V F | 21 |
| Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné. | V F | 22 |
| J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes..... | V F | 23 |
| Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit..... | V F | 24 |
| J'ai souvent des éclaircissements inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends..... | V F | 25 |
| Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment ou qu'ils approuvent ma manière de faire..... | V F | 26 |
| Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde..... | V F | 27 |
| - | | |
| Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue..... | V F | 28 |
| Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant.... | V F | 29 |
| Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens..... | V F | 30 |
| Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens..... | V F | 31 |
| On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer..... | V F | 32 |
| Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger..... | V F | 33 |
| Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas..... | V F | 34 |
| Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres..... | V F | 35 |
| Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision..... | V F | 36 |
| Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens..... | V F | 37 |
| Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses..... | V F | 38 |
| | | |
| Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes..... | V F | 39 |
| Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi..... | V F | 40 |
| - | | |

☞ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ☞

| | | |
|--|-----|----|
| Les gens me confient habituellement leurs sentiments..... | V F | 41 |
| J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace..... | V F | 42 |
| Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots..... | V F | 43 |
| J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes..... | V F | 44 |
| Je resterais probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'a prévenu(e) qu'ils sont inamicaux..... | V F | 45 |
| | | |
| Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir..... | V F | 46 |
| D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision..... | V F | 47 |
| Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman..... | V F | 48 |
| Les autres me contrôlent trop..... | V F | 49 |
| J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres..... | V F | 50 |
| Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses..... | V F | 51 |
| Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain..... | V F | 52 |
| J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions..... | V F | 53 |
| Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)..... | V F | 54 |
| Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible..... | V F | 55 |
| J'ai tellement de défauts que je ne mérite pas beaucoup..... | V F | 56 |
| Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes..... | V F | 57 |
| Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre..... | V F | 58 |
| Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté..... | V F | 59 |
| Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un.... | V F | 60 |
| Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)..... | V F | 61 |
| Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e)..... | V F | 62 |
| En général, il me faut de très bonnes raisons pour accepter de modifier mes habitudes..... | V F | 63 |
| Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet.... | V F | 64 |
| Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux..... | V F | 65 |
| Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi..... | V F | 66 |
| Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger..... | V F | 67 |

| | | |
|---|-----|----|
| Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps..... | V F | 68 |
| Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie..... | V F | 69 |
| Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières, même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre..... | V F | 70 |
| J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation..... | V F | 71 |
| Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse..... | V F | 72 |
| Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent..... | V F | 73 |
| J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre..... | V F | 74 |
| Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie..... | V F | 75 |
| Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté..... | V F | 76 |
| Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée..... | V F | 77 |
| Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales..... | V F | 78 |
| Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes..... | V F | 79 |
| J'aime imaginer que mes ennemis souffrent..... | V F | 80 |
| J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens..... | V F | 81 |
| L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien..... | V F | 82 |
| J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui..... | V F | 83 |
| Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable..... | V F | 84 |
| Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres..... | V F | 85 |
| Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus..... | V F | 86 |
| Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi..... | V F | 87 |
| Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires..... | V F | 88 |
| J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent..... | V F | 89 |
| Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats..... | V F | 90 |
| J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple)..... | V F | 91 |

☞ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ☞

p.4/6

| | | |
|---|-----|-----|
| Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait..... | V F | 92 |
| En général, je respecte les opinions des autres..... | V F | 93 |
| Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie..... | V F | 94 |
| En général, il est absurde de contribuer au succès des autres..... | V F | 95 |
| En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres..... | V F | 96 |
| J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens..... | V F | 97 |
| Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens de légers problèmes de santé ou de situations stressantes..... | V F | 98 |
| J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction..... | V F | 99 |
| J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations..... | V F | 100 |
| Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font..... | V F | 101 |
| Chacun devrait être traité avec respect et dignité, même les gens qui semblent sans importance ou mauvais..... | V F | 102 |
| J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités..... | V F | 103 |
| Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses (comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée..... | V F | 104 |
| J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses..... | V F | 105 |
| J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes..... | V F | 106 |
| J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse..... | V F | 107 |
| J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe..... | V F | 108 |
| La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi..... | V F | 109 |
| J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend..... | V F | 110 |
| Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier..... | V F | 111 |
| Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie..... | V F | 112 |
| Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué..... | V F | 113 |
| Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation d'émerveillement comme si je les voyais d'un oeil nouveau pour la première fois..... | V F | 114 |
| Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi..... | V F | 115 |
| Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement..... | V F | 116 |
| Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences..... | V F | 117 |
| Je déteste voir n'importe qui souffrir..... | V F | 118 |

☞ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ☞

| | | |
|--|-----|-----|
| Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)..... | V F | 119 |
| Je souhaiterais être la personne la plus belle..... | V F | 120 |
| J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami..... | V F | 121 |
| Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion..... | V F | 122 |
| Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes..... | V F | 123 |
| Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants..... | V F | 124 |
| Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire..... | V F | 125 |

5. QUESTIONNAIRE EVVIE

QUESTIONNAIRE EVENEMENTS DE VIE

Le questionnaire suivant est constitué d'une liste d'événements potentiellement traumatisants auxquels vous avez peut-être été confronté au cours de votre existence.

Pour chaque question, il vous est demandé de répondre si vous avez ou non été soumis à l'événement cité.

Si tel est le cas, quelle est selon vous l'intensité du retentissement de cet événement sur vous-même ?

(1) – Vous avez été soumis à l'événement, mais n'en avez pas gardé le souvenir d'un événement particulièrement traumatisant.

(2) – Vous estimez avoir été marqué par cet événement.
(vous en gardez un souvenir douloureux, pénible. Cependant, cet événement n'a pas pesé à chaque instant sur le cours de votre existence).

(3) – Vous estimez avoir été bouleversé par cet événement.
(vous gardez le souvenir d'avoir éprouvé la sensation d'un véritable effondrement lorsqu'est survenu cet événement. Celui-ci a eu par la suite, selon vous, une influence déterminante sur le cours de votre vie).

(0) – Vous n'avez pas subi l'événement.

EVENEMENTS SURVENUS PENDANT VOTRE ENFANCE

| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------|--|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Vous n'avez pas été élevé par vos deux parents | | | | |
| | Vous n'avez pas connu | | | | |
| | votre père | | | | |
| | votre mère | | | | |
| 2 | Vous avez été : | | | | |
| | placé en nourrice | | | | |
| | placé à l'orphelinat | | | | |
| | adopté | | | | |
| 3 | Vous avez perdu un ou plusieurs de vos proches | | | | |
| | Quel âge aviez-vous ? Age:.....ans | | | | |
| | décès du père | | | | |
| | décès de la mère | | | | |
| | autre(s) décès | | | | |
| 4 | Vous avez été confronté à la <u>maladie physique grave</u> d'un de vos proches | | | | |
| 5 | Vous avez été confronté à la <u>maladie mentale grave</u> d'un de vos proches | | | | |
| 6 | Vous avez été confronté à la menace de départ d'un de vos parents (abandon du domicile, menace suicidaire) | | | | |
| 7 | Vous estimez être issu(e) d'un milieu défavorisé (affectif, social ou culturel) | | | | |
| 8 | Vous estimez avoir vécu la pauvreté durant l'enfance | | | | |
| 9 | Vos parents ont divorcé ou se sont séparés | | | | |
| 10 | Il régnait une mésentente entre vos parents | | | | |
| 11 | Vous avez subi l'alcoolisme de l'un de vos parents | | | | |
| 12 | Vous avez été victime de maltraitance de la part de votre entourage (physique, sexuel ou psychologique) | | | | |
| 13 | Vous avez été gravement malade | | | | |
| 14 | Vous avez été hospitalisé de manière prolongée | | | | |
| 15 | Vous avez souvent déménagé | | | | |
| 16 | Vous avez souvent changé d'école | | | | |
| 17 | Vous avez eu des difficultés à l'école | | | | |
| 18 | Vous estimez avoir été perturbé par un ou plusieurs enseignants | | | | |
| 19 | Vous avez connu un autre événement traumatique (Lequel..... ?) | | | | |
| Nombre d'items cochés | | x 0 | x 1 | x 2 | x 3 |

Score1 EVVIE enfance : _____/

CONCERNANT LA VIE PROFESSIONNELLE

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----|---|---|---|---|
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |

CONCERNANT LES FINANCES

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 40 | | | | |
|----|--|--|--|--|

CONCERNANT LA SANTE

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 41 | | | | |
| 42 | | | | |
| 43 | | | | |
| 44 | | | | |
| 45 | | | | |

CONCERNANT LA VIE SOCIALE

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |
| 49 | | | | |
| 50 | | | | |
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |

Nombre d'items cochés

| x 0 | x 1 | x 2 | x 3 |
|-----|-----|-----|-----|
|-----|-----|-----|-----|

Score 3 EVVIE Adulte: _____/

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M, BLEHAR M, WATERS et al. Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation, NJ, Erlbaum, 1978.
- AKISKAL HS. Subaffective disorders : dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the « borderline » realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981, 4, p. 25-46.
- AKISKAL HS, CHEN S, DAVIS G. Borderline : an adjective in search of a noun. *J. Clin. Psychiatry*, 46, p.41-48, 1985.
- ALLILAIRE JF. Les états limites. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-395-A-10, 1985.
- ALLILAIRE JF. Les états limites : antidépresseurs intermittents ou au long cours ? *L'Encéphale*, 1995, Sp I, p. 45-48.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème édition (DSM-IV), Washington DC, Paris : Masson, 1994, 700p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ème édition, texte révisé (DSM-IV-TR), Washington DC, Paris : Masson, 2000, 700p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINES. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2001, 158, p. 1-52.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V : The future of psychiatric diagnosis. <http://www.dsm5.org>, 2010.
- ANDION O, FERRER VINARDELL M, MATALI JL, et al. Borderline personality disorder diagnosis : concordance between clinical and semi- structured interview evaluation. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2008 Mai-Juin, 36(3), p.144-150.
- ASAAD T, OKASHA T, OKASHA A et al. Sleep EEG findings in ICD-10 borderline personality disorder in Egypt. *J. Affect. Disorders*, 71, p. 11-18, 2002.
- ASSOCIATION FRANCOPHONE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ. Colloque international (2010 ; Paris).
- BANDELOW B, KRAUSE J, WEDEKIND D et al. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res.*, 2005, 134, p. 169-179.
- BARUDY J. De la bienveillance infantile. France : Fabert, 2007.
- BAYON C, HILL K, SVRAKIC DM, et al. Dimensional assessment of personality in an out-patients sample : relations of the systems of Millon and Cloninger, *Journal of Psychiatric Research*, 30, p. 341-352, 1996.
- BEBLO T, DRIESEN M, MERTENS M et al. Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. *Psychol. Med.*, 2006, 36, p. 845-856.
- BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF. Cognitive therapy of depression. The Guilford Press, New York, 1979.
- BELLINO S, PARADISO E, BOGETTO F. Efficacy and tolerability of aripiprazole augmentation in sertraline-resistant patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 2008, 161, p. 206-212.
- BENDER DS, DOLAN RT, SKODOL AE, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2001, 158, p.295-302.

BENINGER RJ. The role of dopamine in locomotor activity and learning, *Brain Research*, 6, p.173-186, 1983.

BENJAMIN J, LI L, PATTERSON C et al. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of Novelty Seeking, *Nature Genetics*, 12, p. 81-84, 1996.

BERGERET J. Les états limites in EMC, *Psychiatrie tome III*, 37395A10, p.1-13, Paris, 1970.

BERGERET J. Les états limites. *Rev Fr Psychanal* 1970, 34, p. 601-633.

BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris, Dunod, 1974.

BERGERET J. La dépression et les états limites. Paris : Payot, 1992.

BERRINO A, OHLENDORF P, DURIAUX S et al. Crisis intervention at the general hospital : an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*, 2011, 186, p. 287-292.

BICHARA OUELD BAALLAL H, CLEMENT JP (dir.). L'approche catégorielle de la personnalité par le PDQ-4+ est-elle valide pour le diagnostic de la personnalité borderline. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2010, 188p.

BINKS CA, FENTON M, Mc CARTHY L. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.* , 2006.

BOUDET E, ABADIE P. Trouble de la personnalité borderline : exemple de la thérapie comportementale dialectique. *Act Med Int Psychiatrie*, 1999, 16, p. 11-14.

BOURDIER P. L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Rev. Neuropsychiat. Inf.*, 1972, 20, 1, p. 15-22.

BOWLBY J. Attachement et perte : la séparation, angoisse et colère. PUF, Paris, 1978.

BOWLBY J. Attachement et perte : la séparation, vol. 2, Paris, PUF, 1992.

BRAZELTON TB. Échelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiat. Enf.*, 1983, 31 : p. 2-3 ; p. 61-96.

BREMNER JD, KRYSTAL JH, SOUTHWICK SM et al. Noradrenergic mechanisms in stress and anxiety : I. Preclinical studies. *Synapse*, 23, p. 28-38, 1996.

BRICAUD M. Relation entre les approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2007, 190p.

BRICAUD M, CALVET B, VIEBAN F et al. Étude PerCaDim : relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*, 2011 (article in press).

BRUNNER R. Emotion regulation ; Temperament and self-injurious behavior in female adolescent with borderline personality disorder. *European Psychiatry* 23, 2008.

BRUNNER R, HENZE R, PARZER P et al. Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder : is it disorder specific? *Neuroimage*, 2010, 49, p. 114-120.

BULIK CM, SULLIVAN PF, JOYCE PR. Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *J. of Nervous and Mental Disorders*, 183, p. 593-598, 1995.

BULLETIN DE PSYCHIATRIE, n° 3.1, Edition 1996.

BURLA F, FERRACUTI S, LAZZARI R. Borderline personality disorder : content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschachiana*, 22, Seattle, Hogrefe and Huber 1997, p.149-162.

BURLINGHAM D, FREUD A. Enfants sans famille, Paris, PUF, 1949.

CAILHOL L, DAMSA C, MARCLAY L et al. Facteurs prédictifs de la récurrence du comportement suicidaire chez des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline. *L'Encéphale*, 2007, 33, p. 156-159.

CAILHOL L, BUI E, ROUILLON L et al. Indication différentielle des psychothérapies adaptées au trouble de la personnalité limite. *L'Encéphale*, 2011, 37, p. 77-82.

CALATI R, PORCELLI S, GIEGLING I et al. Catechol-o-methyltransferase gene modulation on suicidal behavior and personality traits : review, meta-analysis and association study. *Journal of Psychiatry Research*, 45, p. 309-321, 2011.

CARLSON EA, EGELAND B, SROUFE LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev. Psychopathol.*, 2009 Fall, 21 (4), p. 1311-1334.

CHAKROUN-VINCIGUERRA N, FAYTOUT M, PELISSOLO A et al. Validation française de la version courte de l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI-125). *Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2005, 15(1), p. 129-138.

CHAINE F, GUELFY JD, MONIER C. et al. Diagnostique clinique et évaluation standardisée de la personnalité borderline. *Encéphale*, 1995, 21, p. 247-256.

CHAINE F, GUELFY JD. États limites. *Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-395-A-10, 1999, 10p.

CHAINE F, GUELFY JD, LANCRENON S. Personnalité borderline : confrontation entre diagnostique clinique et diagnostique standardisé. *Annales Médico-psychologiques*, 1999, 157(5), p.332-339.

CHANEN AM, VELAKOULIS D, CARISON K et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*, 2008, 163, p. 116-125.

CLÉMENT JP, DARTHOUT N, NUBUKPO P. Événements de vie, personnalité et démence. *Psychol Neuro Psychiatr Vieillesse*, 2003, 2, p. 129-138.

CLONINGER CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44, p.573-588.

CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM. The Tridimensional Personality Questionnaire : US. Normative data. *Psychological Reports*, 1991, 69, p.1047-1057.

CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50, p. 975-990.

CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM et al. The Temperament and Character Inventory (TCI) : a guide to its development and use. Center for psychobiology of personality. St. Louis, MO, 1994.

CLONINGER CR, SVRAKIC DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment, *Psychiatry*, 60, p. 120-141, 1997.

CLONINGER CR. Genetics. In: OLDHAM JM, SKODOL AE, BENDER DS. eds. *Textbook of personality disorders*. Washington DC : American Psychiatric Publishing, 2005, p. 143-154.

COCCARO EF, SIEVER LJ. Neurobiology In: OLDHAM JM, SKODOL AE, BENDER DS. eds. *Textbook of personality disorders*. Washington DC : American Psychiatric Publishing, 2005, p. 155-169.

COMBALBERT N, BRET-DIBAT JL, FAVARD AM. Intérêts et limites de l'approche biologique pour l'étude des comportements agressifs. *Ann. Méd. Psychol.*, 160, p. 640-648, 2002.

COSTA PT, McCRAE RR. *The NEO Personality Inventory Manual Revised*. Odessa, Fla. Psychological Assessment Ressources, 1990.

COUTU DL. How resilience works. *Harv. Bus. Rev.*, 80, p. 46-50, 2002.

CYRULNIK B. *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris : Hommes et Perspectives, 1998.

CYRULNIK B. *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999.

DANTCHEV N. *L'Encéphale*, 1998, Sp I, p. 17-23.

DARCOURT G. Faut-il traiter les troubles de la personnalité? *Presse Med.* 2008, 37, p. 845-851.

DE BECKER E. Inceste et facteurs de resilience. *Ann. Méd. Psychologiques*, 167, p. 597-603, 2009.

DEBRAY Q, NOLLET D. *Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique*, Masson, 1995.

DE LA FUENTE JM. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric Research*, 1997, 31(5), p.531-541.

DEUTSCH H. Les personnalités « as if ». Les « comme si » et autres textes inédits. Seuil, 2007.

DIAZ-MARSA M, CARRASCO JL, LOPEZ-IBOR M et al. Orbitofrontal dysfunction related to depressive symptomatology in subjects with borderline personality disorder. *J. Affect. Disord.*, 2011.

DIAZ-MARSA M, CARRASCO JL, DE ANTA L et al. Psychobiology of borderline personality traits related to subtypes of eating disorders : A study of platelet MAO activity. *Psychiatry Research*, 2011.

DIENER E, LARSEN RJ, EMMONS RA. Person X situation interactions : choice of situations and congruence response models. *J. Pers. Soc. Psychol*, 1984, 47, p. 580-592.

DISTEL MA, TRULL TJ, DEROM CA et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol. Med.* 2008 Sept., 38(9), p.1219-1229.

DUIJSENS IJ, EURELINGS-BONTEKOE EHM, DIEKSTRA RF et al. Questionnaire to measure personality characteristics, 1993, Lisse, Swets en Zeitlinger.

DULIT RA, FYER MR, MILLER FT. gender differences in sexual preference and substances abuse of inpatients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 1993, 7, p. 182-185.

DULIT RA, FYER MR, LEON AC, et al. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, p. 1305-1311.

EBSTEIN RP, NOVICK O, UMANSKY R et al. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty Seeking, *Nature Genetics*, 12, p. 78-80, 1996.

EBSTEIN RP, SEGMAN R, BENJAMIN J et al. 5-HT_{2C} (HTR_{2C}) serotonin receptor gene polymorphism associated with the human personality trait of Reward Dependence : interaction with the dopamine D4 receptor (D4DR) and dopamine D3 receptor (D3DR) polymorphisms , *American Journal of medical Genetics*, 74, p.65-72, 1997.

EMERY K. Événements de vie traumatiques, État de Stress Post-Traumatique et Obésité. Thèse de Doctorat en Médecine. Limoges. Université de Limoges, 2010, 153p.

EMMONS RA, DIENER E, LARSEN RJ. Choice and avoidance of everyday situations and affect congruence : two models of reciprocal interactionism. *J. Pers. Soc. Psychol*, 1986, 51, p. 815-826.

ENGELBERG H. Low serum cholesterol and suicide. *Lancet*, 1992, 339, p. 727-729.

ESCALONA SK. Programmes d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique. In : *L'Enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, p. 61-73.

EYSENCK HJ, EYSENCK SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*, London, Hodder&Stoughton, 1975.

FASSINO S, AMIANTO F, GASTALDI F. Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder : a controlled study using the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research*, 165, p. 128-136, 2009.

FAVAZZA AR, DE ROSEAR L, CONTERIO K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 1989, 19, p. 352-361.

FÉLINE A, GUELFI JD, HARDY P. *Les troubles de la personnalité*. Médecine-Sciences Flammarion, 2006.

FICHEUX P. Diagnostique et évaluation des états-limites. *Neuropsychy.*, 1993, 8, p. 133-142.

FIRST MB, GIBBON M, SPITZER L et al. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders*. Washington, American Psychiatry Press, 1997.

FOSSATI A, MADEDDU F, MAFFEI C. Borderline personality disorder and childhood sexual abuse : a metaanalytic study. *J. Pers. Disorder*, 1999, 13, p. 268-280.

FOSSION P. Le concept de résilience : une revue multiaxiale de la littérature. *Acta. Psychiatr. Belg.*, 105, p. 23-26, 2005.

FRANCES A, WIDIGER T. A critical review of four DSM-III personality disorders : borderline, avoidant, dependant and passive-aggressive. In : G. Tischler : *Diagnosis and classification in psychiatry*, Cambridge University Press, 1987.

FRANKEL FH. Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature. *Am. J. Psych.*, 1993, 150, p. 954-958.

FREUD S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. PUF, Paris, 1951.

FREUD S. Les « psychonévroses de défense » in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1973, p. 12-14.

FREUD S. *Abrégé de la psychanalyse*, PUF, 1978, p.77-78.

FREUD S. *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Gallimard, Folio Essais, (1939), 1993.

FROTTIN A, FILIPOVIC A, ALBERT E. Les états-limites au prisme de la théorie de l'attachement : étude sur la population de 11 adolescents d'un hôpital de jour. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, p. 239-247, 2007.

GABBARD GO. *Mind, Brain, and personality disorders*. *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162, p. 648-655.

GARBUTT JC, LOOSEN PT, TIPERMAS A et al. The TRH test in patients with borderline personality disorder, *Psychiatry Research*, 1983, 9(2), p. 107-113

GLENN CR, WEINBERG A, KLONSKY ED. Relationship of the Borderline Symptom List to DSM-IV borderline personality disorder criteria assessed by semi-structured interview. *Psychopathology*, 2009, 42(6), p.394-398.

GOLDMAN RG, SKODOL AE, MC GRATH PJ et al. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-TR personality traits. *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, p. 274-276.

GOLIER JA, YEHUDA R et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic event. *Am. J. Psychiatry*, 160(11), p. 2018-2024, 2003.

GOLSE B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4ème édition, Masson, 2008, 371p.

GOODMAN G, HULL JW, CLARKIN JF et al. Childhood antisocial behaviors as predictors of psychotic symptoms and borderline criteria among inpatients with BPD. *J Pers Dis.*, 1999, 13, p. 35-46.

GOODMAN M, HAZLETT EA, AVEDON JB, et al. Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 2011 (45), p. 803-807.

GOURION D, GORWOOD PH. *Avancées et recherche*, *L'Encéphale* (2010)36, p.360-365.

GRANT BF, CHOU SP, GOLDSTEIN RB, et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder : results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008, 69(4), p. 533-545.

GRATZ KL, TULL MT, BARUCH DE et al. Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users : the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 2008, 49, p. 603-615.

GREEN AH. Self-destructive behavior in battered children. *Am.J.Psy.*, 1978, 135.

GREEN A. *La mère morte*. In : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Gallimard éd., Paris, 1983, 1 vol.

GREEN A. *La folie privée, psychanalyse des cas-limites*, Gallimard, Folio Essais, 1990.

GRINKER RR, WERBLE B, DRYE R. *The borderline syndrome*, New York, Basic Books, 1968, p. 126-140.

GROSS R, OLFSON M, GAMEROFF M et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch. Intern. Med.*, 2002, 162, p. 53-60

GROSSMAN R, YEHUDA R, SIEVER L. The dexamethasone suppression test and glucocorticoid receptors in borderline personality disorder. *Ann. NY Acad Sci*, 1997, 821, p. 459-464.

GROSSMAN R, YEHUDA R et al. Dexamethasone suppression test findings in subjects with personality disorders : associations with post-traumatic stress disorder and major depression. *Am. J. Psychiatry*, 160(7), p. 1291-1298, 2003.

GUELFY JD, BOYER P, CONSOLI S, et al. *Psychiatrie*. Paris : Puf, 1987, 932 p. (Fondamental).

GUELFY JD. *Manuel de psychiatrie*, Masson, 2007.

GUNDERSON JG, KOLB JE, AUSTIN V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981, 138, p. 896-903.

GUNDERSON JG. *Borderline personality disorder*, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1984.

GUNDERSON JG, ELLIOTT GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *AJP*, 1985, 142, p. 277-288.

GUNDERSON JG, ZANARINI MC. Pathogenesis of borderline personality. *Rev. Psychiatry*, 1989, 8, p. 25-48.

GUNDERSON JG, PHILLIPS KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*, 1991, 148, p. 947-975.

GUNDERSON JG, SABO AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150(1), p. 19-27.

GUNDERSON JG, ZANARINI MC, KISIEL CL. Borderline personality disorder. In *DSM-IV Sourcebook Vol 2*, Washington, American Psychiatric Association, 1996, p. 717-731.

GUNDERSON JG. *Borderline personality disorder : a clinical guide*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2001.

GUNDERSON JG, MOREY L, STOUT R et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited longitudinal interaction. *J. Clin. Psychiatry*, 2004, 65(8), p. 1049-1056.

GUNDERSON JG, WEINBERG I, DAVERSA MT et al. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 2006, 163(7), p. 1173-1178.

GUNDERSON JG. Borderline personality disorder : ontogeny of a diagnosis. *Am. J. Psychiatry*, 2009 May, 166 (5), p.530-539.

HANSENNE M, PITCHOT W, GONZALEZ MORENO A et al. The Harm Avoidance dimension of the TDQ and Serotonine-1A activity in depression, *Biological Psychiatry*, 42, p. 959-961, 1997.

HANSENNE M, ANSSEAU M. Harm Avoidance dimension of the TPQ and serotonin, *Biological Psychology*, 51, p. 77-81, 1999.

HANSENNE M. Le modèle biosocial de la personnalité de Cloninger. *L'Année Psychologique*, 2001, 101, p. 155-181.

HARTMANN. *Le Ca, le Moi, le Surmoi. La personnalité et ses instances*, Édition Parenti, 1978.

HATHAWAY SR, MCKINLEY JC. *Manuel de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota II.*, 1996, Paris, ECPA.

HEFFERNAN K, CLOITRE M. A comparison of Posttraumatic Stress Disorder with and without Borderline Personality Disorder among Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188, p. 589-595, 2000.

HEIM C, WAGNER D et al. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome : results from a population-based study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(11), p. 1258-1256, 2006.

HERMANN JL, PERRY C, VAN DER KOLK BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *AJP*, 1989, 146, p. 490-495.

HILLER W, ZAUDIG M, MOMBOUR W. International Diagnostic Check-lists for ICD-10 and DSM-IV, Bern, Hans Huber, 1995.

HOERST et al. Correlation of Glutamate levels in the anterior cingulate cortex with self-reported impulsivity in patients with borderline personality disorder and healthy controls, *Arch. Gen. Psychiatry*, 2010.

HUDZIAK JJ, BOFFELI TJ, KRIESMAN JJ et al. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's Syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorder. *AJP*, 1996, 153, p. 1598-1606.

IGARASHI H, HASUI C, UJI M et al. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events and depression : a study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research*, 180, p. 120-125, 2010.

IRLE E, LANGE C, SACHSSE U. Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 2005, 57, p. 173-182.

IRLE E, LANGE C, WENIGER G et al. Size abnormalities of the superior parietal cortices are related to dissociation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*, 2007, 156, p. 139-149.

JAMILIAN H. Comparison of coping strategies and emotional intelligence in borderline personality disorder and normal subjects. *Psychiatry*, Amirkabir Hospital, Arak, Iran, 2007.

JANCA A, USTUN TB, VAN DRIMMELEN J. et al. Symptom Check-lists for ICD-10 Mental Disorders, Geneva, World Health Organization, 1996.

JOHANSEN M, KARTERUD S, PEDERSEN G et al. An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(4), p. 289-298.

JOHNSON JG, COHEN P, BROWN J. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56(7), p. 600-606, 1999.

JOURNÉES NATIONALES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET DISCIPLINES ASSOCIÉES : La vie est-elle un traumatisme? (2011 ; Limoges).

JOVEY M, GARNER B, PHILLIPS L et al. An MRI study of pituitary volume and parasuicidal behavior in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*, 2008, 162, p. 273-277.

JOYCE PR, MULDER RT, LUTY SE et al. Borderline personality disorder in major depression : symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comput. Psychiatry*, 2003, 44, p. 35-43.

JOYCE PR, MC HUGH PC, MC KENZIE JM et al. A dopamine transporter polymorphism is a risk factor for borderline personality disorder in depressed patients. *Psychol. Med.*, 36, p. 807-813, 2006.

JOYCE PR, MC HUGH PC, LIGHT J et al. Relationships between Angry-Impulsive personality traits and genetic polymorphisms of the dopamine transporter. *Biol. Psychiatry*, 2009, 66, p. 717-721.

KARAKLIC D. BUNGENER C. Évolution du trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature, *L'Encéphale*, Paris, 2010.

KEDIA M, PETOT JM. Personnalité normale et pathologique des patients souffrant d'ESPT. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2007, 17(1), p. 31.

KERNBERG O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanalytic Assoc* 1967, 15, p. 641-685.

KERNBERG O. *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.

KERNBERG O. *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*, PUF, 1989.

KING-CASAS B, SHARP C, LOMAX-BREAM L, et al. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 2008 aug., 321(5890), p. 806-810.

KITAYAMA N, VACCARINO V, KUTNER M et al. Magnetic Resonance Imaging measurement of hippocampal volume in post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *J. Affect. Disord.*, 2005, 88, p. 79-86.

KOENIGSBERG HW, FAN J, OCHSNER KN et al. Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 2009, 66, p. 854-863.

KORNER A, GERULL F, STEVENSON J et al. Harm-avoidance, self-harm, psychic pain and the borderline personality : life in a "haunted house". *Comprehensive psychiatry*, 48, p. 303-308, 2007.

LE BRETON D. *La Peau et les Traces*. Métaillé, 2003.

LE COURRIER DES ADDICTIONS (5), n°1, janvier, février et mars 2003.

LEICHSENDRING F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory : A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 1999, 79 (1), p.45-63.

LEICHSENDRING F, LEIBING E, KRUSE J et al. Borderline personality disorder. *Lancet*, 2011, 377, p. 74-84.

LENZENWEGER M, LANE M, LORANGER A et al. Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*, 2007, 62, p. 553-564.

LEPINE JP, PELISSOLO A, TEODORESCU R et al. Évaluation des propriétés psychométriques de la version française du questionnaire tridimensionnel de la personnalité (TPQ), *L'Encéphale*, XX, p. 747-753, 1994.

LESCH KP, BENGEL D, HEILS A et al. Association of anxiety-related traits with the polymorphism in the serotonin transporter gene regulation region, *Science*, 274, p. 1527-1531, 1996.

LESUR A. États névrotiques et pathologie de la personnalité. Adès J. Rouillon F éd. *Les états névrotiques*. Château du Loir : éditions Jean-Pierre Goureau, 1992.

LEWIS KL, GRENYER BF. Borderline personality or complex post-traumatic stress disorder? An update of the controversy. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2009, 17, p. 323-328.

LIEB K, ZANARINI MC, SCHMAHL C et al. Borderline personality disorder. Article de synthèse, *The Lancet*, 2004, 364, p. 453-461.

LINEHAN MM, KOERNER K. A behavioral theory of borderline personality disorder. *Borderline personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press, 1993, p. 103-121.

LINEHAN MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. The Guilford Press, New York, 1993.

LINEHAN MM. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Éditions Médecine et Hygiène, 2000.

LINKS PS, MITTON JE, STEINER M. Stability of borderline personality disorder. *Can. J. Psychiatry*, 38, p. 255-259, 1993.

LINKS PS, HESLENGRAVE R, VANREEKUM R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder : prognosis prediction of outcome and axis II comorbidity. *Can. J. Psychiatry*, 43, p. 365-370, 1998.

LOBBESTAEL J, ARNTZ A, SIESWERDA S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2005, 36, p. 240-253.

LORENZ K. L'Année de l'oie cendrée, Paris, Stock, 1978.

LORILLARD S, SCHMITT L, ANDREOLI A. Comment traiter la tentative de suicide? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. Annales Médico-psychologiques, 2011, 169, p. 229-236.

LUDWIG, Glossaire de Psychiatrie, 1995, Paris.

MANN JJ, MC BRIDE PA, STANLEY M. Post-mortem monoamine receptor and enzyme studies in suicide, Annals of the New York Academy Sciences, 487, p. 114-121, 1986.

MARCELLI D. Les états limites en psychiatrie. Paris : PUF, 1983.

MARCELLI D, COHEN D. Enfance et psychopathologie. Collection Les âges de la vie, 2009, 8^{ème} édition, 722 p.

MARKOVITZ PJ, CALABRESE JR, SCHULZ SC et al. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. Am. J. Psychiatry, 148, p. 1064-1067, 1991.

MC GLASHAN TH. Prediction of outcome in BPD. In : Mc Glashan TH, editor. The borderline : current empirical research. Washington, Dc : American Psychiatric Press, p. 61-98, 1985.

Mc GLASHAN TH. The chesnut Lodge follow-up study : III. Long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatr 1986, 43, p.20-30.

Mc GLASHAN TH, GRILO CM, SKODOL AE et al. The collaborative longitudinal personality disorders study : baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta Psychiatr. Scand., 102(4), p. 256-264, 2000.

Mc LEAN LM, GALLOP R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 160(2), p. 369-371, 2003.

MEHLUM L, FRIIS S, VAGLUM P et al. The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder : a prospective follow-up study. Acta Psychiatr. Scand., 1994, 90, p. 124-130.

MENZA MA, GOLBE LI, CODY RA et al. Dopamine related personality traits in Parkinson's disease, Neurology, 43, p. 505-508, 1993.

MINZENBERG MJ, FAN J, NEW AS, et al. Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. J. Psychiatr. Res., 2008 Jul., 42(9), p. 727-733.

MISÈS R. Les pathologies limites de l'enfance. Paris, PUF, 1990.

MILLON T. Disorders of personality : DSM-III, Axis II. John Wiley and Sons, 1985.

MODELL AH. Primitive object relationship and the predisposition to schizophrenia. Int. J. Psychoanal. 1963, 44, p. 282-292.

MORGENSTERN J, LANGENBUCHER J, LABOUVIE E et al. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population : prevalence rates and relation to alcohol typology variables. J Abnorm Psychol, 1997, 106(1), p. 74-84.

MULDER RT, JOYCE PR. The relationships of the Tridimensional Personality Questionnaire to mood and personality measures in depressed patients. Psychological Reports, 75, p. 1315-1325, 1994.

MULDER RT, JOYCE PR, SULLIVAN PF. The relationship among three models of personality psychopathology : DSM-III-TR personality disorder, TCI scores and DSQ defences. Psychological Medicine, 1999, 29, p. 943-951.

NAMI : National Alliance on Mental Illness, www.nami.org.

NASIO JD. « Le concept de forclusion » in Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1992, p.223-252.

NASIO JD. Les yeux de Laure, Désir Payot, 2009.

NEW AS, WOO-MING A, MITROPOULOU V et al. Serotonin and the prediction of response time to fluoxetine in patients with mild depression. Psychiatry Research, 88, p. 89-93, 1999.

NEW AS, GOODMAN M, TRIEBWASSER J et al. Recent advances in the biological study of personality disorders. Psychiatr. Clin. North Am., 2008, 31, p.441-461.

NI X, CHAN D, CHAN K et al. Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2009, 33, p. 128-133.

NICKELL AD, WAUDBY CJ, TRULL TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J. of Personality Disorders*, 16, p. 148-159, 2002.

NICKEL MK, MUEHLBACHER M, NICKEL C, et al. Aripiprazole in treatment of patients with borderline personality disorder : a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 2006, 163, p. 833-838.

NICKEL MK, LOEW TH, PEDROSA GF. Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II : an 18-month follow-up. *Psycho-pharmacology*, 2007, 191, p. 1023-1026.

NUNES PM, WENZEL A, BORGES KT, et al. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder : a meta-analysis. *J. Pers. Disord.*, 2009 aug., 23(4), p. 333-345. Review.

OGATA SN, SILK KR, GOODRICH S et al. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 147(8), p. 1008-1013, 1990.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris : Masson, 1993, 305 p.

OUMAYA M, FRIEDMAN S, PHAM A et al. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 2008, 34, p. 452-458.

PARIS J, ZWEIG-FRANK H, GUZDER J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1994, 182, p. 375-380.

PARIS J, ZWEIG-FRANK H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry*, 2001, 42, p. 482-548.

PARIS J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 2002 Jun, 53(6), p. 738-742.

PARIS J. Treatment of borderline personality disorder. New York : Guilford Press, 2006.

PARIS J. The nature of borderline personality disorder : multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *J. Pers. Disord.*, 2007, 21, p. 457-473.

PÉLISSOLO A, LÉPINE JP. Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Ann. Méd. Psychol.*, 1997, 155(8), p. 497-508.

PÉLISSOLO A, NOTIDES C, PEZOUS AM et al. Le modèle de Cloninger appliqué aux toxicomanies. *Neuro-psy.*, 1998, 13(1), p.24-31.

PÉLISSOLO A, LÉPINE JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in French version. *Psychiatry Res.*, 2000, 94, p. 195-199.

PERRY JC, KLERMAN GL. Clinical features of the borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137, p.165-173.

PERRY JC, HERMAN JL. Trauma and defense in the etiology of BPD. *Borderline personality disorder, etiology and treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1993, p. 123-140.

PICHOT P. Histoire du concept de tempérament. *Rev. Inter. Psychopathologie*, 1995, 17, p. 5-24.

PEIRSON AR., HEUCHERT JW., et al. Relationship between serotonin and the temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research* 89, 1999, p. 29-37.

PFOHL B, STANGL D, ZIMMERMAN M. The implications of DSM III personality disorders for patients with major depression. *J Affective Disorders*, 1984, 7, p. 309-318.

PFOHL B, BLUM M, ZIMMERMAN M. The Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). University of Iowa, Iowa city, 1995.

PHAM-SCOTTEZ A. Évaluation de l'efficacité d'une permanence téléphonique sur l'incidence des tentatives de suicide des patients borderline. *Ann. Méd. Psychologiques*, 168, p. 141-144, 2010.

PINTO OC, AKISKAL HS. Lamotrigine as a promising approach to borderline personality : an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J. Affective Disorders*, 51, p. 333-343, 1998.

POPE HG, JONAS JM, HUDSON J. The validity of DSM-III borderline personality disorder : a phenomenologic, family history, treatment response and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40, p. 23-30.

PRASKO J, ADAMCOVA K, BRUNOVSKI M et al. Augmentation of antidepressants with bright light therapy in patients with comorbid depression and borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 23, 2008.

PROCHIANTZ A. *La biologie dans le boudoir*, Odile Jacob, 1995.

PROSSIN et al. Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder, *Am. J. Psych.*, 2010.

PUKROP R. Dimensional profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *J. Pers. Disord.*, 2002, 16, p. 135-147.

RANNOU-DUBAS K, GOHIER B. *Les états limites : aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états*, Les Pages de la Psychiatrie Angevine, <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/psyangevine/publications/etats limites>

RENAUD S, GUILLE JM. Approche neurobiologique des traits tempéramentaux associés aux troubles de personnalité. *Annales MédicoPsychologiques*, 162, 2004, p. 731-738.

RASSIAL JJ. *Le sujet en état limite*, Denoël, 1999.

REVELLE W. Personality processes, *Annual Review of Psychology*, 1995, 46, p. 295-328.

REUHLIN M. *Les différences individuelles dans le développement conatif de l'enfant*. PUF : Paris, 1990.

RIBOT T. *Les maladies de la personnalité*. F. Alcan. 1885.

RIGOZZI C, ROSSIER J. Validation d'une version abrégée du TCI (56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non fumeurs. *Annales médico-psychologiques*, vol. 162, 7, p. 541-548, 2004.

RINNE T, WESTENBERG HG, DEN BOER JA et al. Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine m-CPP highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biological Psychiatry*, 47, p. 548-556, 2000.

ROSADO J, RODRIGUEZ RA. Child on child sexual abuse : psychological perspectives. *Child abuse and Neglect*, 24(12), p. 1591-1600, 2000.

RUGGERO CJ, ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2010, 44(6), p. 405-408.

RUTTER M. L'enfant et la résilience, *Journal des psychologues* 162, 1998, p. 46-49

SABO AN, GUNDERSON JG, NAJAVITS LM, et al. Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1995; 183, p. 370-376.

SAÑAS T, GALLARDA T. Réactions d'agressivité sous benzodiazépines : une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 2008, 34, p. 330-336.

SALAVERT J, GASOL M, VIETA E et al. Fronto-limbic dysfunction in borderline personality disorder : A 18F-FDG positron emission tomography study. *J. Affec. Disorders*, 2011.

SANISLOW CA, GRILO CM, MOREY LC. et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am. J. Psychiatry.* 2002 feb., 159(2), p. 284-290.

SANSONE RA, FARUKHI S, WIEDERMAN MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, 2011, 33, p. 343-346.

SAPOLSKY RM. Chickens, eggs and hippocampal atrophy. *Nat. Neurosci.*, 5(11), p. 1111-1113, 2002.

SCHARBACH H. Historique du concept d'état limite. *Ann Med Psychol*, 1993, 151, p. 280-284.

SCHARBACH H. Approche clinique et psychopathologique. *Neuropsychy*, 1993, 8, p.112-132.

SCHLOSSER N, WOLF OT, CARVALHO-FERNANDO S et al. Effects of acute cortisol administration on autobiographical memory in patients with major depression and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology*, 2009.

SCHMAHL CG, VERMETTEN E, ELZINGA BM et al. Magnetic Resonance Imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*, 2003, 122, p. 193-1998.

SCHMAHL C, BERNE K, KRAUSE A et al. Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without post-traumatic stress disorder. *J. Psychiatry Neurosci.*, 2009, 34, p. 289-295.

SCHMIDEBERG M. The borderline patient. In: Arieti S, ed. *American Handbook of psychiatry* New York : Basic Books, 1959, p. 398-416.

SCHOTHORST P, VAN ENGELAND H : Long-term behavioral sequelae of prematurity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, p. 175-183.

SCHORE A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health J.*, 2001 ; 22(1-2), p. 7-66.

SEARLES H. *Mon expérience des états-limites*, trad. Bost, 1994, Gallimard.

SELZER MA, KOENIGSBERG HW, KERNBERG O. The initial contract in the treatment of borderline patients. *AJP*, 1987, 144, 7, p.927-930.

SÉMINAIRES PSYCHANALYTIQUES DE PARIS : Comment agir avec un patient borderline ? ; MARZLOFF A , SEROUGNE D (2011 ; Paris).

SHEA MT, STOUT RL, GUNDERSON JG. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry*, 2002, 159, p. 2036-2041.

SHEA MT, STOUT RL, YEN S, et al. Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time. *J. Abnorm. Psychol.*, 2004, 4, p. 499-508.

SIEVER LJ, DAVIS KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am. J. Psychiatr.* 1991, 148, p. 1647-1658.

SIEVER LJ, TORGENSEN S, GUNDERSON JG et al. The borderline diagnosis II: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol. Psychiatry*, 2002, 51, p. 964-968.

SILBERSWEIG D, CLARKIN JF, GOLDSTEIN M, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatr.* 2007 dec., 164(12), p. 1832-1841.

SIMEON D, STANLEY B, FRANCES A et al. Self-mutilation in personality disorders : psychobiological and biological correlates. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, p. 221-226.

SIMEON D, BARTZ J, HAMILTON H et al. Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder : a pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 2011.

SKODOL AE, SIEVER LJ, LIVESLEY et al. The borderline diagnosis II : biology, genetics and clinical course. *Biol. Psychiatry*, 2002, 51, p. 951-963.

SOLOFF PH, MILWARD JW. Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40, p. 37-44.

SOLOFF PH, PRICE JC, MELTZER CC et al. 5 HT2A receptor binding is increased in borderline personality disorder, *Biol. Psychiatry*, 2007, 62, p. 580-587.

SOLNIT A. *L'enfant dans sa famille*, PUF, 1982.

STERN A. « Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses » ; *Psychoanalytic Quarterly*, 1938, vol.7.

STONE MH, HURT S, STONE DK. The PI-500 : long term follow-up of borderline in-patients meeting DSM-III criteria. I. Global out-come. *JPersonality Disorders*, 1987, 1, p. 291-298.

STONE MH. Constitution and temperament in borderline conditions : biological and genetic explanatory formulations. JS. Grotstein, MF. Solomon et JA. Lang editions, 1987.

STONE MH. The course of borderline personality disorder. *Rev. Psychiatry*, 1989, 8, p. 103-122.

STONE MH. *The fate of borderline patients*. New York : Guilford Press, 1990.

STONE MH. Long term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1993,162, p.299-313.

SULLIVAN PF, JOYCE PR, MULDER RT. Borderline personality disorder in major depression. *J Nerv Ment Dis*, 1994, 182, p. 508-516.

SVRAKIC DM, PRZYBECK TR, CLONINGER CR. Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality : US and Yugoslav data, *Comprehensive Psychiatry*, 37, p. 195-209, 1991.

SVRAKIC DM, WHITEHEAD C, PRZYBECK TR, et al. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 50, p. 991-999, 1993.

SVRAKIC DM, STANIC S, FASSINO S, et al. Classification of personality disorders : implications for treatment and research. *Handbook of medical psychiatry*. Marcel Dekker, New York, 2003, p. 117-148.

SWARTZ MS, BLAZER DG, GEORGE LK, et al. Identification of borderline personality disorder with the NIMH Diagnosis Interview Schedule. *AJP*, 1989, 146, 2, p.200-205.

SWARTZ MS, BLAZER DG, GEORGE LK et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J. Pers. Disord*, 1990, 4, p. 257-272.

TARA APD : *The Treatment and Research Advancements Association for Personality Disorder*, 2004.

THOMAS A, CHESS S. *Temperament and development*. New York, Brunner/Mazel, 1977.

TIMSIT M. Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. *Bull. Psychol.*, 1974-1975, 314, p.19-37.

TORGERSEN S, KRINGLEN E, CRAMER V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2001, 58, p. 590-596.

TORGERSEN J. Epidemiology in : Oldham J, Skodol AE, BENDER DS. Eds. *Textbook of personality disorders*. Washington DC : American Psychiatric Publishing, 2005, p. 129-141.

TUCKER L, BAUER SF, WAGNER S et al. Long-term hospitalization of borderline patients : a descriptive outcome study. *Am J Psychiatry*, 1987, 144, p. 1443-1448.

VAN MEEKEREN E, ROOIJUMANS HG. Patients with a borderline disorder in the health care system. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1996; 140: p. 2437-2439.

VAN REEKUM R, CONWAY CA, GANSLER D et al. Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neuroscience*, 1993, 18, p. 121-129.

VIGNERON F, BEAUREILLES J, TRARIEUX M et al. Le passage à l'acte chez une personnalité limite : l'agir comme acte de parole. *L'information Psychiatrique*, 82(2), 2006.

WAGNER AW, LINEHAN MM. Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1994, 8, p. 1-9.

WAGNER S, BASKAYA O, LIEB K et al. The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *J. Psychiatry Res.*, 2009, 43, p. 1067-1072.

WALTER M, BUREAU JF, HOLMES M et al. Cortisol response to interpersonal stress in young adults with borderline personality disorder : a pilot study. *Eur. Psychiatry*, 23(3), p.201-204, 2008.

WENIGER G, LANGE C, SACHSSE U et al. Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *J. Psychiatry Neurosci.*, 2009, 34, p. 383-388.

WERBLE B. Second follow-up study of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1970, 23, p. 1-7.

WIDLÖCHER D. Les états limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique ? *Perspectives Psychiatriques*, 1979, 70, p. 7-11.

WIDLÖCHER D. Les concepts d'états limites. Pichot P. *Actualités de la schizophrénie*. Paris, PUF, 1981, p. 55-72.

WIDOM CS, CZAJA SJ, PARIS J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J. Pers. Disord.*, 2009 Oct., 23(5), p. 433-446.

WINCHEL R. Self-injurious behavior : a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am. J. Psychiatry*, 1991, 148 : p. 306-317.

WINGENFELD K, SPITZER C, RULLKÖTTER N et al. Borderline personality disorder : Hypothalamus-pituitary-adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology*, 35, p. 154-170, 2010.

WINNICOTT DW. Little Margaret, « Un témoignage : en analyse avec Winnicott » in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°33, Gallimard, 1986, p. 281-310.

WINNICOTT DW. « Distorsions du Moi en fonction du vrai et du faux self » dans : *Processus de maturation chez l'enfant*, 1965, Payot, 1988.

WINNICOTT DW. "La crainte de l'effondrement" in : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000, p.205-216.

YEN S, SHEA MT, BATTLE CL et al. Traumatic exposure and post-traumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2002, 190, p. 510-518.

YEN S, SHEA MT, SANISLOW CA et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry*, 2004, 161, p. 1296-1298.

YOUNG J. *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Sarasota, 1990.

ZALEWSKI C, ARCHER RP. Assessment of borderline personality disorder. A review of MMPI and Rorschach findings. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991 Jun., 179(6), p. 338-345. Review.

ZANARINI MC, GUNDERSON JG, MARINO MF et al. Childhood experiences of borderlines. *Comprehensive Psychiatry*, 1979, 20, p. 29-46.

ZANARINI MC, GUNDERSON JG. et al. The Revised Diagnostic Interview for Borderline. *J. Person. Disord.* , 1989, 3, p. 10-18.

ZANARINI MC, WILLIAMS AA, LEWIS RE et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 154(8), p. 1101-1106, 1997.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, DUBO ED et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 155(12), p. 1733-1739, 1998.

ZANARINI MC, YONG L, FRANKENBURG FR 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, p. 381-387.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder : 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(11), p. 2108-2114.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J, et al. The Mc Lean study of adult development (MSAD) : overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J. Personal. Disor.* , 2005, 19, p. 505-523.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J. et al. Prediction of the ten-year course of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 163(5), p. 827-832, 2006.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, REICH DB et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder : a ten-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry*, 2007, 164, p. 929-935.

ZIMMERMAN M, MATTIA JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1999 oct., 156 (10), p. 1570-1574.

ZIMMERMAN DJ, CHOI-KAIN LW. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder : a review. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2009, 17, p. 167-183.

ZLOTNICK C, FRANKLIN CL, ZIMMERMAN M. Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment ? *Am. J. Psychiatry*, 2002 nov., 159(11), p. 1940-1943.

ZUBEKO GS, GEORGE AW, SOLOFF PH, et al. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *AJP*, 1987, 144, p. 748-775.

ZWEIG-FRANK H, PARIS J, YING KIN NMK et al. Childhood sexual abuse in relation to neurobiological challenge tests in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 141, p. 337-341, 2006.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS..... | 6 |
| SOMMAIRE..... | 18 |
| INTRODUCTION..... | 20 |
| PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS..... | 21 |
| 1. LA NOTION DE PERSONNALITÉ..... | 21 |
| 2. LA NOTION DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ..... | 23 |
| 3. L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ..... | 26 |
| 3.1 Le concept d'attachement..... | 27 |
| 3.2 La notion de stress et de traumatisme psychique..... | 28 |
| 3.3 La notion de compétence et de résilience..... | 30 |
| 3.4 La notion de vulnérabilité..... | 31 |
| 3.5 Les événements de vie et facteurs de risques..... | 31 |
| 3.5.1 La carence affective..... | 32 |
| 3.5.2 Les pathologies affectives et mentales des parents..... | 32 |
| 3.5.3 Les familles dissociées, recomposées et monoparentales..... | 33 |
| 3.5.4 L'enfant migrant..... | 33 |
| 3.5.5 L'enfant prématuré..... | 33 |
| 4. LES ÉTATS LIMITES OU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE..... | 34 |
| 4.1 Historique..... | 34 |
| 4.1.1 Les états limites avant 1970..... | 34 |
| 4.1.1.1 Les cliniciens classiques..... | 34 |
| 4.1.1.2 Les psychanalystes cliniciens..... | 37 |
| 4.1.2 Les états limites après 1970..... | 39 |
| 4.1.2.1 Aux USA..... | 39 |
| 4.1.2.2 En France..... | 41 |
| 4.2 Clinique..... | 43 |
| 4.2.1 Remarques préliminaires..... | 43 |
| 4.2.2 Description phénoménologique..... | 43 |
| 4.2.2.1 L'angoisse..... | 43 |
| 4.2.2.2 L'instabilité..... | 44 |
| 4.2.2.3 L'impulsivité, le passage à l'acte..... | 44 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 4.2.2.4 | Le déficit narcissique et le sentiment chronique de vide avec la peur de l'abandon . | 45 |
| 4.2.2.5 | Les symptômes psychotiques transitoires..... | 45 |
| 4.2.2.6 | Les troubles de l'humeur | 45 |
| 4.2.2.7 | La relation de dépendance | 46 |
| 4.2.2.8 | Les épisodes psychiatriques aigus..... | 46 |
| 4.2.2.9 | La pauvreté et la crudité de la vie imaginaire..... | 47 |
| 4.2.2.10 | Les symptômes d'allure névrotique | 47 |
| 4.2.2.11 | Les manifestations psychosomatiques..... | 47 |
| 4.3 | Formes cliniques | 48 |
| 4.3.1 | Formes cliniques selon la gravité du tableau..... | 48 |
| 4.3.2 | Formes cliniques selon l'âge d'apparition | 48 |
| 4.3.3 | Formes cliniques selon la comorbidité psychiatrique | 49 |
| 4.3.3.1 | Comorbidités avec les troubles de l'axe I..... | 49 |
| 4.3.3.2 | Comorbidités avec les troubles de l'axe II..... | 51 |
| 4.4 | Psychopathologie | 51 |
| 4.4.1 | Théorie cognitive | 53 |
| 4.4.2 | Théorie biologique | 53 |
| 4.4.3 | Théorie bio sociale | 53 |
| 4.4.4 | Théorie systémique..... | 54 |
| 4.4.5 | Théorie psychanalytique | 54 |
| 4.4.5.1 | Kernberg et l'ego-psychologie | 54 |
| 4.4.5.2 | Particularités de la conception des états limites par Bergeret..... | 56 |
| 4.4.5.3 | Autres conceptions psychanalytiques..... | 60 |
| 4.5 | Antécédents psychiatriques et événements de vie traumatiques de l'enfance | 62 |
| 4.6 | Diagnostic positif..... | 65 |
| 4.6.1 | Les modèles quantitatifs | 65 |
| 4.6.1.1 | Option catégorielle..... | 65 |
| 4.6.1.1.1 | Les critères de Grinker (1968)..... | 65 |
| 4.6.1.1.2 | Les critères de Gunderson (1975)..... | 66 |
| 4.6.1.1.3 | Les critères de Perry et Klerman (1978)..... | 67 |
| 4.6.1.1.4 | Les critères de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) ; (American Psychiatric Association, 2000).... | 68 |
| 4.6.1.1.5 | Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ; (Organisation Mondiale de la Santé, 1993)..... | 69 |
| 4.6.1.1.6 | Les critères de Millon (1981 et 1986)..... | 73 |
| 4.6.1.1.7 | Les critères de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (quatrième édition) ; (CFTMEA-R 2000) | 74 |

| | | |
|--|---|-----|
| 4.6.1.2 | Option dimensionnelle | 76 |
| 4.6.1.3 | Option intermédiaire..... | 77 |
| 4.6.2 | Les modèles qualitatifs : tests projectifs | 78 |
| 4.6.2.1 | Le test de Rorschach | 78 |
| 4.6.2.2 | Le Thematic Apperception Test (TAT)..... | 79 |
| 4.7 | Dernières données épidémiologiques | 80 |
| 4.7.1 | Caractéristiques sociodémographiques | 80 |
| 4.7.2 | Évolution du trouble..... | 81 |
| 4.7.3 | Facteurs impliqués dans le pronostic | 84 |
| 4.8 | Dernières données des neurosciences | 86 |
| 4.8.1 | Au plan génétique..... | 86 |
| 4.8.2 | Imagerie cérébrale..... | 87 |
| 4.8.3 | Neuroanatomie-fonctionnelle..... | 88 |
| 4.8.4 | Biologie des émotions..... | 88 |
| 4.8.4.1 | Les neuromédiateurs..... | 88 |
| 4.8.4.2 | Les hormones cortico-surréaliennes | 91 |
| 4.8.4.3 | Le système opioïde..... | 91 |
| 4.8.4.4 | Les hormones sexuelles..... | 92 |
| 4.9 | Traitement | 92 |
| 5. | LE MODÈLE D'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ DE CLONINGER | 99 |
| 5.1.1 | Applications cliniques du modèle de Cloninger | 102 |
| 5.1.2 | Applications cliniques pour le trouble de personnalité borderline | 103 |
| DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE : INTÉRÊT DU TCI DANS L'APPROCHE ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET PSYCHOBIOLOGIQUE DES ÉTATS LIMITES | | 106 |
| 1. | CONTEXTE SCIENTIFIQUE..... | 106 |
| 2. | OBJECTIFS DE L'ÉTUDE | 107 |
| 3. | MÉTHODOLOGIE..... | 107 |
| 3.1 | Schéma de l'étude..... | 107 |
| 3.2 | Population étudiée..... | 107 |
| 3.2.1 | Critères d'inclusion..... | 107 |
| 3.2.2 | Critères de non inclusion..... | 107 |
| 3.2.3 | Critères d'exclusion | 108 |
| 3.2.4 | Recrutement des sujets | 108 |
| 3.3 | Recueil de l'information..... | 108 |
| 3.3.1 | Questionnaire sur les événements de vie (EVVIE) | 108 |
| 3.3.2 | Questionnaire d'étude des dimensions de personnalité (TCI-125)..... | 109 |
| 3.4 | Analyse statistique | 111 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 3.4.1 | Analyse descriptive | 111 |
| 3.4.2 | Analyse comparative | 112 |
| 4. | RÉSULTATS..... | 112 |
| 4.1 | Analyse descriptive..... | 112 |
| 4.1.1 | Données sociodémographiques..... | 112 |
| 4.1.2 | Données descriptives relatives aux deux auto-questionnaires | 112 |
| 4.2 | Analyse comparative..... | 115 |
| 5. | DISCUSSION..... | 119 |
| 5.1 | Biais et limites de l'étude | 119 |
| 5.1.1 | Biais..... | 119 |
| 5.1.1.1 | Biais de sélection..... | 119 |
| 5.1.1.2 | Biais de passation..... | 119 |
| 5.1.2 | Limites | 120 |
| 5.2 | Discussions des résultats..... | 120 |
| 5.2.1 | Composition sociodémographique de la cohorte de borderline | 120 |
| 5.2.2 | Événements de vie de la cohorte de borderline..... | 121 |
| 5.2.3 | Profil de personnalité de la cohorte de borderline..... | 123 |
| 5.2.4 | Hypothèse de profil neurobiologique pour la cohorte de borderline ... | 125 |
| 5.2.5 | Événements de vie des sujets borderline associés à leurs dimensions de personnalité..... | 127 |
| | CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR | 130 |
| | ANNEXES | 131 |
| 1. | NOTE D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE | 132 |
| 2. | FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT POUR L'ÉTUDE | 133 |
| 3. | CRITÈRES DU DSM-IV DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE..... | 134 |
| 4. | TCI-125..... | 135 |
| 5. | QUESTIONNAIRE EVVIE..... | 142 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 147 |
| | TABLE DES MATIÈRES | 162 |
| | TABLE DES TABLEAUX | 166 |

TABLE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 : Juxtaposition des critères généraux des troubles de la personnalité de la CIM-10 et du DSM-IV | 24 |
| Tableau 2 : Historique des États Limites | 36 |
| Tableau 3 : Principales orientations du trouble de personnalité borderline | 52 |
| Tableau 4 : Genèse du tronc commun des états limites (Bergeret, 1974) | 58 |
| Tableau 5 : Juxtaposition des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV pour la personnalité émotionnellement labile/borderline | 70 |
| Tableau 6 : Scores moyens au TCI-226 de la population générale américaine et française..... | 110 |
| Tableau 7 : Scores moyens (en valeurs absolues) des dimensions de personnalité de la population générale américaine et française..... | 111 |
| Tableau 8 : Résultats de la cohorte de sujets borderline au questionnaire EVVIE... .. | 112 |
| Tableau 9 : Événements de vie de l'enfance les plus rapportés par la cohorte de sujets borderline | 113 |
| Tableau 10 : Événements de vie de l'âge adulte les plus rapportés par la cohorte de sujets borderline..... | 114 |
| Tableau 11 : Résultats de la cohorte au TCI-125 et juxtaposition avec les scores moyens de la population générale américaine et française | 115 |
| Tableau 12 : Coefficients de corrélation entre les scores EVVIE et les scores des dimensions de personnalité | 116 |
| Tableau 13 : Événements de vie des sujets borderline significativement associés à leurs dimensions de personnalité | 117 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RÉSUMÉ

Les états-limites sont aujourd'hui considérés dans les classifications internationales comme un trouble de la personnalité. Ils sont classés sous le nom de personnalité borderline. Cependant, ce cadre nosologique est encore discuté par beaucoup de psychiatres cliniciens qui ne considèrent pas le trouble comme une organisation stable dans le temps. L'approche des dimensions de personnalité des sujets borderline est intéressante dans ce débat. L'étiopathogénie du trouble est également encore discutée. Les événements de vie traumatiques et notamment ceux de l'enfance sont aujourd'hui associés à la pathologie limite mais leur rôle exact dans le développement du trouble n'est pas clairement identifié.

L'étude « Intérêt du TCI dans l'approche étiopathogénique et psychobiologique des états-limites » a pour objectif principal de rechercher, avec le questionnaire EVVIE, les événements de vie de sujets borderline associés à leurs dimensions de personnalité définies par les scores au TCI.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur une population de 61 sujets diagnostiqués comme présentant une personnalité borderline selon les critères du DSM-IV-TR.

Les résultats suggèrent qu'il existe des vulnérabilités dimensionnelles constitutionnelles pour le développement du trouble borderline. Les événements de vie traumatiques de l'enfance apparaissent comme des facteurs de gravité du trouble en raison du dysfonctionnement psychosocial et du risque impulsif qu'ils engendreraient. Les résultats suggèrent également le rôle des événements de vie traumatiques de l'âge adulte sur l'évolution du trouble.

Mots-clés : États-limites / TCI / Dimensions / Personnalité / Étiopathogénie / Événements de vie / Psychobiologie.

ABSTRACT

Borderline states are now considered in international classifications to be a type of personality disorder. They are classified under the term Borderline Personality Disorder (BPD). However, many clinical psychiatrists query the terms and structure of these classifications as they consider the organization of BPD to be variable over time. The dimensional approach to the personality of those suffering with BPD is interesting in this debate. The etiopathogenicity of the disorder also remains uncertain. Traumatic life experiences, in particular those occurring during childhood, are now associated with BPD. However, the precise role they play in the development of BPD has yet to be clearly identified.

The principal objective of the "Interest of TCI in the etiopathogenic and psychobiological approach to borderline states" study is to search for the life experiences of BPD patients that are associated with the dimensions presented by their personalities, as defined by the TCI scores, using the EVVIE questionnaire. 61 patients diagnosed with BPD as defined by DSM-IV-TR criteria are included in this descriptive and transverse study.

The results suggest the existence and involvement of constitutional dimensional vulnerabilities in the development of BPD. Traumatic life experiences occurring during childhood appear to be a factor of severity in the disorder due to the psychosocial dysfunction and risk of impulsivity they engender. The results also suggest the influence of traumatic experiences occurring during adult life on the evolution of the disorder.

Key words : Borderline / TCI / Dimensions / Personality / Etiopathogenics / Life experiences / Psychobiologie.

Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE
2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX