

« J'ai la certitude que je vais devenir folle. Je sens que nous ne pourrons pas supporter encore une de ces périodes terribles. Je sens que je ne m'en remettrai pas cette fois-ci. Je commence à entendre des voix et ne peux pas me concentrer. Alors je fais ce qui semble être la meilleure chose à faire. Tu m'as donné le plus grand bonheur possible... » Virginia Woolf a écrit à son mari ces mots avant de se jeter dans une rivière.

Les borderlines

Par Angélique Veillard, auteur du livre :
L'interdit Universel, du mythe à la réalité, l'inceste dans tous ses états

Le trouble de la personnalité *borderline* (TPB) ou personnalité limite, est un trouble désignant de nombreuses anomalies psychologiques. Ces troubles sont détectés au-delà de 18 ans. Ils se caractérisent par une variabilité des émotions. Ce que l'on peut constater c'est l'instabilité importante dans les relations interpersonnelles, dans l'image de soi et dans l'identité de soi, mais aussi dans les émotions et l'impulsivité.

Le terme *borderline*, signifiant en français « cas limite » ou « état limite », est issu de différentes hypothèses psychanalytiques qui évoquent une forme de frontière entre l'organisation névrotique et l'organisation psychotique de l'être.

Partant de cette approche, on pourrait avancer l'idée selon laquelle cette théorie reposerait sur l'angoisse de la perte de l'objet et pourrait se traduire par une forme d'insécurité interne constante et de mises à l'épreuve vis-à-vis de l'entourage et du thérapeute.

Nous pourrions donc voir et observer qu'une forme de mécanisme défensif se met en place à travers le passage à l'acte comme décharge de l'angoisse.

Le DSM-IV-TR¹ définit deux types de comportements liés à ce trouble de la personnalité :

- un comportement impulsif,
- une instabilité émotionnelle aussi bien dans les relations sociales que face à l'image de soi.

Dans le DSM-IV les troubles de la personnalité se retrouvent répertoriés sur l'axe 2 – les autres troubles étant sur l'axe 1 de cette classification à 5 axes –, qui comporte les personnalités suivantes :

- paranoïaque, schizoïde et schizotypique ;

¹ Le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (également désigné par le sigle **DSM**, abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), est un ouvrage de référence qui classe et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques.

La quatrième révision (DSM-IV) est publiée en 1994. Une révision textuelle du DSM-IV, connue sous le titre DSM-IV-TR, est publiée en 2000. [http://fr.wikipedia.org/wiki/DSM-IV#DSM-IV-TR_.282000.29]

- antisociale, borderline, histrionique et narcissique ;
- évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive.

États limites :

Généralités :

- 2 % dans la population générale ;
- 20 % dans les populations « psychiatriques » ;
- Deux femmes pour un homme ;
- + 5 % de décès par suicide ;
- 60 % d'antécédents de tentatives de suicide.

Certains classifient les personnalités limites comme :

- Groupe A : Personnalités bizarres ou excentriques ;
- Groupe B : Personnalités théâtrales, émotives et capricieuses ;
- Groupe C : Personnalités anxieuses et craintives ;

ATTENTION, NOUS NE POUVONS ACCRÉDITER DE TELS PROPOS, cette classification implique que nous sommes tous des personnalités limites (borderlines).

C'est comme dans le milieu psychiatrique, où autrefois on apposait le mot FOU au tampon rouge comme signe distinctif pour désigner un patient considéré comme tel.

La société et le peuple veulent absolument coller des étiquettes sur les troubles de la personnalité sans se rendre compte que si le monde va si mal, c'est qu'il y a une énorme faille dans la structure sociétale et que personne n'ose bouger et évoluer.

Vivre avec une maladie bipolaire

Selon les estimations, il y aurait désormais environ 10 % des patients bipolaires et 20 % des sujets déprimés qui seraient malades de façon chronique.

Nous reprendrons ci-après les avancées d'Emil Kraepelin (né en 1856 à Neustrelitz, en Allemagne – mort en 1926), psychiatre allemand considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne. Élève de Bernhard von Gudden et de Wilhelm Wundt, fondateur de la psychologie expérimentale, Kraepelin s'est efforcé, tout au long de sa carrière, de créer une classification des maladies mentales fondée sur des critères cliniques objectifs. Après avoir été professeur de psychiatrie à l'université de Dorpat, en Estonie, jusqu'en 1890, il s'établit comme psychiatre à Munich.

Les psychoses dites endogènes sont divisées en deux catégories :

Kraepelin définit la démence précoce comme une psychose chronique survenant chez un adolescent ou un jeune adulte, caractérisée par de graves troubles intellectuels et affectifs, avec une évolution progressive vers un effondrement psychique. Ces symptômes sont les troubles de la mémoire, du langage, du raisonnement, des accès de négativisme (comportement de refus et d'opposition aux suggestions d'autrui), de maniérisme et des périodes d'excitation. Kraepelin en distingue quatre formes :

- **La forme hébéphrénique.** On retrouve dans cette forme tous les aspects déficitaires intellectuels et l'on observe une inhibition psychomotrice, c'est-à-dire un ralentissement moteur et psychologique (bradykinésie), ainsi qu'un important négativisme, et du mutisme (voir hébéphrénie).
- **La forme catatonique.** Cette forme est caractérisée par une catatonie et une catalepsie. Catatonie : comportement moteur plus ou moins permanent qui ne répond pas de manière adaptée aux stimulations du milieu et qui s'accompagne souvent d'impulsions et de stéréotypie. État caractérisé par une perte de la spontanéité de l'initiative motrice, le sujet apparaît sans réaction par rapport à l'entourage, avec une mimique figée (voir aussi catatonie). Catalepsie : comportement caractérisé par une rigidité musculaire particulière, dite rigidité plastique (voir aussi catalepsie).
- **La forme délirante paranoïde.** L'affaiblissement intellectuel s'accompagne d'un délire paranoïde, c'est-à-dire flou, imprécis, sans construction logique, dans lequel le sujet aborde des thèmes très variés (délire non systématisé).
- **La forme paranoïde atténuée.** Le délire est plus diffus, et la désagrégation de la personnalité du sujet s'observe beaucoup moins rapidement.

La démence précoce passait pour une affection chronique, associée à une détérioration cognitive, alors que la cyclothymie était épisodique, avec un retour à un fonctionnement normal entre les épisodes.

Aujourd'hui dans notre société, cette affirmation de Kraepelin apparaît obsolète, si l'on prend en compte le caractère présumé épisodique de la maladie maniaco-dépressive alors que, rappelons-le, en 2013, 10 % des patients bipolaires et 20 % de sujets déprimés souffrent de ces pathologies de façon chronique.

La démence précoce a pris le nom de schizophrénie avec Eugen Bleuler en 1908.

À notre époque et à ce stade de notre pratique professionnelle, nous pouvons observer en clinique, en nous basant uniquement sur une évaluation clinique de la symptomatologie dépressive (humeur, idées suicidaires, dynamisme), des rémissions chez certains patients dont néanmoins le fonctionnement cognitif et psychosocial peut rester perturbé.

Ce qui pourrait signifier que nous serions tous bipolaires, car nous souffrons tous du phénomène « *up and down* », autrement dit nous traversons tous des hauts et des bas.

La psychose maniaco-dépressive, aujourd'hui appelée trouble bipolaire, est une maladie mentale caractérisée par l'alternance, selon un rythme et une fréquence très variables, d'accès maniaques et d'accès dépressifs volontiers mélancoliques, séparés par des intervalles libres asymptomatiques plus ou moins longs. C'est le prototype des dysthymies cycliques. Elles sont caractérisées par des troubles thymiques majeurs (troubles de l'humeur), dont l'évolution est périodique. Kraepelin s'est beaucoup intéressé à l'étude des psychoses maniaco-dépressives, et en a distingué quatre formes cliniques :

- **Les états maniaques.** Il définit la manie comme un état d'excitation intellectuelle et psychomotrice associée à une exaltation de l'humeur survenant brusquement, un état d'agitation extrême dont le sujet n'a pas conscience (l'**anosognosie**, qui est un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne

semble pas avoir conscience de sa condition. À l'inverse du déni, qui est un mécanisme de défense psychologique « normal », cette méconnaissance par l'individu de sa maladie est pathologique et peut refléter une atteinte de certaines aires cérébrales. Elle est présente particulièrement dans certains types d'accidents vasculaires cérébraux, dans le syndrome de Korsakoff ou durant l'évolution de certaines maladies neurodégénératives. Elle peut notamment causer l'ignorance de certaines conditions graves comme une cécité ou une paralysie. Bien que ce trouble ait été décrit dès 1914 par le neurobiologiste Joseph Babinski, sa cause reste encore mal comprise). Les symptômes : aucune fatigue, activité permanente, rapidité de la parole...

- **Les états dépressifs.** Ils peuvent se traduire soit par une mélancolie simple (simple inhibition motrice), soit par une mélancolie grave voire confusionnelle accompagnée de bouffées délirantes (proches des bouffées délirantes anxieuses) et d'hallucinations. Il définit la mélancolie comme un état de dépression grave, intense, vécu avec un sentiment de douleur morale (tristesse profonde), et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions motrices (anesthésie affective).
- **Les états fondamentaux,** caractérisés par la persistance des troubles thymiques.
- **Les états mixtes :** c'est la présence, à la fois, d'éléments de la série maniaque et dépressive sur une même période chez un patient.

À son époque, Kraepelin voyait une nette différence entre ces deux types de psychose.

Le borderline dans le couple

Il n'est pas facile pour le borderline de vivre en couple, ni pour lui ni pour son partenaire.

Le borderline est un personnage qui dans sa relation à l'autre, même lorsqu'il s'agit d'une relation amoureuse, peut être dans une grande souffrance ; la personne vivant proche de ce borderline, se trouve elle aussi dans une forme de souffrance, mais elle essaie de rester présente à l'autre qui ne reconnaît pas ses efforts d'implication.

Dans son couple, le borderline aura tendance à adopter les comportements suivants :

- mise en place d'une déficience identitaire ;
- sensation de vide, ressent le besoin de se remplir de l'autre ;
- est toujours dans la peur de l'abandon de l'autre, il veut sans cesse être rassuré, ce qui va induire à la longue un sentiment de lassitude chez le partenaire. Ce sentiment permet à la personnalité borderline de valider ses croyances « on me quitte toujours, je ne peux être aimé ».

J'ai évoqué plus haut le DSM IV, je vais à travers cette grille de lecture vous parler de ce que va faire la personnalité borderline face à son ou sa partenaire. Il va être interprétatif de ses faits et gestes, se trouver en proie à une crise de panique qui va déclencher soit une rage, soit le poser dans le désespoir, et le pousser de ce fait dans une forme d'attente élevée qu'il exprimera par des supplications visant à rester auprès de lui ou d'elle. Un patient borderline, auquel vous posez un cadre, va trouver cela violent, il va alors avoir une montée de rage à tendance destructrice, ou va manifester un désespoir culpabilisant à l'égard de l'autre, attitude qu'il adopte également dans son couple.

La personnalité multiple va souvent avoir des relations interpersonnelles particulièrement instables, fortes, ce qui va la placer dans un positionnement qui va alterner entre l'extrême idéalisation et la dévalorisation, nous pourrions appeler cela du clivage. Le borderline clive la réalité, étant noyé dans sa propre réalité, ne pouvant pas entendre, ni comprendre, ce que lui dit l'extérieur.

Il va tenter d'aller trouver à l'extérieur ce qu'il est incapable de s'offrir :

- une estime de soi ;
- de la reconnaissance ;
- une approbation, et donc, pour ma part, une recherche de validation du délire de ce qu'il est et fait ;
- une rigidité identitaire.

La personnalité borderline va être dans l'attente que l'autre lui donne l'amour infini, l'amour inconditionnel (gratuit) dont souvent il se sent exclu ou qu'il n'a pas reçu dans son enfance. S'il sent qu'il perd ce pseudo amour, ce sera vécu pour lui comme une forme de petite mort (« Si tu ne m'aimes plus, je me tue », forme de chantage que je peux entendre parfois, dans ces pathologies).

Je pourrais dire que le borderline ne s'aime pas et qu'il ne connaît pas la valeur de ce qu'est l'amour, il a des troubles et des doutes concernant sa propre estime de lui, il va aussi par conséquent nourrir des soupçons face à l'amour que va lui porter son ou sa partenaire.

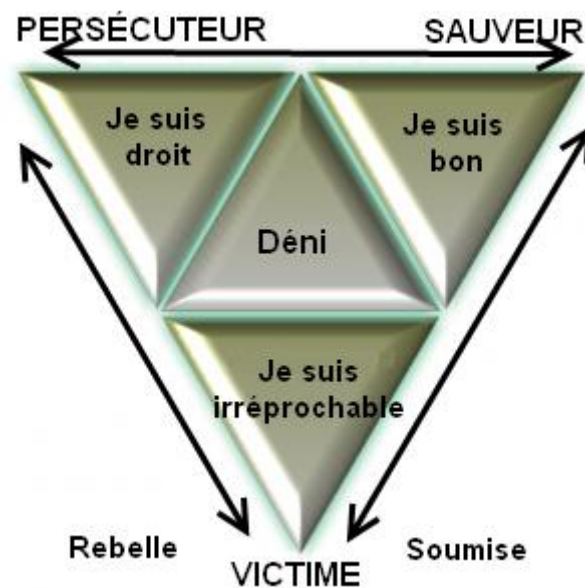
Il arrive dans certains cas, que le borderline se mette dans une position de quitter pour ne pas avoir à subir la séparation lui-même, d'avoir des colères ingérables, de chercher à se mutiler, de tout faire pour captiver, ou même parfois dans certains cas, tromper son ou sa partenaire, il bascule dans une forme de mise en danger.

Je ne manquerai pas d'évoquer aussi un autre trouble de l'humeur chez le borderline, à savoir une labilité émotionnelle importante².

² Humeur ou expressions d'humeur instables et excessivement changeantes, se rencontrant notamment dans l'hystérie ou les troubles de personnalité histrionique, ainsi que dans des troubles neurologiques touchant le contrôle des émotions. [<http://www.definitions-de-psychologie.com/fr/definition/labilite.html>]

Le regard de l'autre lui est important, il va se laisser porter par chaque regard, il cherche un appui, qu'il ne trouve que rarement, il sera de ce fait déçu par l'autre.

Stephen Karpman a proposé en 1968 un modèle d'analyse transactionnelle, appelé Triangle dramatique, servant à analyser les jeux psychologiques. Ce modèle s'applique à toutes les interactions humaines aussi bien pour des problèmes personnels, de couple, professionnels, ou liés au travail en équipe. Donc si nous nous référons à ce triangle, nous obtenons le schéma Persécuteur-Victime-Sauveur suivant :



On observe que la personnalité borderline va se positionner soit en **VICTIME** soit en **SAUVEUR**.

Dans le rôle du sauveur, la personnalité borderline tente de valoriser, ou revaloriser sa propre image, de se narcissicer, d'avoir une constance. Il cherche à obtenir la sensation d'être apprécié, voire aimé de l'autre pour combler le manque, le vide.

Les borderlines sont impulsifs, ils ont une tendance à entrer dans des relations amoureuses qui peuvent être particulièrement destructrices, ils ont une difficulté à rompre un lien (dépenses compulsives, sexualité exacerbée, toxicomanie, conduites à risque, troubles alimentaires...). Ils souffrent à l'intérieur d'eux, c'est une réelle souffrance, car ils sont dans une répétition de comportements, de gestes, de raptus suicidaires et/ou aussi d'automutilations. Ils ne peuvent malgré leur souffrance se passer de la relation duelle triangulée qui leur fait mal.

Je pourrais ajouter que la personnalité limite est un manipulateur en puissance, qui ne se connaît pas. Il va percevoir des messages, que ceux-ci soient réels ou imaginés, de risque d'abandon, il va à sa façon mettre en place un système d'appel au secours, qui peut être pris pour du chantage ou de la manipulation. En ce faisant du mal, le borderline tente, entre autres, à la fois de faire taire sa souffrance et de faire revenir l'être aimé.

En tant que thérapeutes, nous pouvons être confrontés régulièrement à ces personnalités, qui sont dans une forme de manipulation, de quête d'amour. Ces patients vont être dans des tentatives de nouer une relation de transfert avec leur thérapeute, tant ils ont besoin d'amour. Ils sont intolérants à la frustration et aux cadres posés.

Attention, la personnalité borderline est une personne en souffrance, qui souffre d'instabilité affective, il n'y a pas de limite, la personne en état limite va passer de la colère à la dépression, de la dépression à l'irritabilité, de l'irritabilité à l'anxiété. Il est important de rappeler que les troubles de la personnalité limite sont souvent confondus avec le trouble bipolaire.

D'après sa définition, le **trouble bipolaire** (ou **trouble maniaco-dépressif**, anciennement classifié sous les termes de **psychose maniaco-dépressive** (PMD) ou **maladie maniaco-dépressive** (MMD) est un diagnostic psychiatrique décrivant une catégorie de troubles de l'humeur caractérisés par la fluctuation anormale de l'humeur, oscillant de périodes d'euphorie marquée (manie) à des périodes de dépression ou par un état maniaque sans alternance de phases.

Les individus faisant l'expérience d'épisodes de manie font également l'expérience de symptômes, d'un état mixte ou d'épisodes dépressifs durant lesquels l'excitation et la dépression sont ressenties simultanément. Ces événements sont souvent entrecoupés par des périodes de stabilité. Chez certains individus, la dépression et l'excitation peuvent rapidement alterner. Un état maniaque très intense peut conduire à des symptômes psychotiques tels que les délires et les hallucinations.

Il en ressort que cette instabilité de l'humeur est fatigante et usante pour le ou la partenaire, ainsi que pour l'entourage. Ils ne savent pas quel comportement adopter face à cette personnalité. La communication et le relationnel sont compliqués, ainsi que le sexuel, car la personnalité borderline a des bouffées délirantes et des crises de paranoïa.

La Psychothérapie nécessaire prise en charge

Selon une étude de l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatments of patients with borderline personality disorder*, 2001), les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont besoin d'une thérapie prolongée pour atteindre et maintenir une amélioration durable.

Je ne peux que constater que les personnes borderlines, en plus d'un suivi thérapeutique, sont souvent amenées à conjuguer leur travail et un traitement médicamenteux, ce qui va leur permettre d'apaiser les symptômes les plus troublants et envahissants, pour peut-être se sentir plus disponibles psychologiquement pour le suivi thérapeutique.

Un grand nombre de recherches scientifiques consacrées à l'étude de l'efficacité des psychothérapies ont pu démontrer et présenter des résultats positifs ; les personnalités borderlines peuvent faire de grands progrès à la seule condition de s'engager sérieusement dans une démarche thérapeutique.

Tout patient s'interroge sur la durée d'une thérapie.

Une thérapie est un investissement, qui peut prendre du temps mais cela peut aussi aller plus vite, cela va dépendre de la rapidité de compréhension du patient, de son histoire, de son niveau d'ouverture sur le travail thérapeutique. Dans le cas d'un suivi thérapeutique, c'est comme pour toute thérapie, nous allons être confrontés à différents facteurs, à savoir la gravité de l'état du patient, les autres troubles dont la personnalité borderline peut souffrir, la motivation et l'approche thérapeutique choisie. La thérapie analytique sera généralement plus longue que les démarches de thérapies cognitives et comportementales.

Souvent les patients veulent des thérapies miracles et pensent aller mieux au bout de 4-6 mois ; or, c'est un leurre, quel que soit le trouble, il faut déjà un minimum d'un an pour un début de travail, puis une deuxième année et au bout de deux ans, nous pouvons constater déjà un début d'amélioration. Dans certains cas, une bonne dizaine d'années est nécessaire, surtout selon l'importance du trouble de la personne, et pour des troubles très importants une thérapie à vie se doit d'être mise en place. Le patient peut modifier s'il le souhaite et avec l'avis de son thérapeute, sa technique de travail, aller voir d'autres techniques ou d'autres méthodes. Dans notre pratique, je peux constater que certains sujets, après quelques années de suivi avec un psychanalyste ou psychologue, s'orientent vers un thérapeute proposant d'autres techniques de travail.

