

États limites

F Chaine
JD Guelfi

Résumé. – Le concept d'« état limite » (*borderline*) évoque tout à la fois les notions de frontière entre le normal et le pathologique ou entre névrose et psychose et celles d'une organisation particulière de la personnalité ayant une véritable spécificité nosographique.

À la suite des perspectives historiques classiques psychiatriques et psychanalytiques, cet article passe en revue les études empiriques récentes sur la critérogénie, l'épidémiologie, l'évolution, la pathogénie et la clinique même du trouble. Le point de vue psychodynamique garde de nos jours tout son intérêt avec, entre autres, les travaux de Kernberg. Les critères diagnostiques les plus utilisés sont ceux de Gunderson, ceux de la classification américaine des troubles mentaux du DSM IV et ceux de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (ICD-10 : *international classification of diseases*). Les principes généraux du traitement sont enfin abordés : chimiothérapies psychotropes, psychothérapies de soutien, cure analytique et psychothérapies cognitives.

© 1999, Elsevier, Paris.

Introduction

La traduction française du terme *borderline* par le terme « limite » ou « état limite », produit des effets de sens divers. Elle évoque tout d'abord la notion de frontière, qu'il s'agisse de frontière entre normal et pathologique, entre névrose et psychose ou entre nosographie psychiatrique et psychanalytique. Elle renvoie aussi à l'idée de confins, l'état limite ne correspondant plus à une forme de passage mais à une véritable entité morbide pourvue de critères propres. Là encore, des descriptions cliniques hétérogènes mêlant sémiologie médicale (où le symptôme s'intègre dans un syndrome), données psychanalytiques (faisant référence au fonctionnement mental sous-jacent) et analyse des tests projectifs de la personnalité font de la personnalité limite un ensemble aux contenus incertains.

Les efforts réalisés au cours des 30 dernières années pour améliorer la fidélité des diagnostics à l'aide de critères descriptifs ont permis de mieux cerner ce trouble. Les systèmes de classification standardisés théoriques, comme celui de la classification américaine du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) [5, 6] ou de la Classification internationale des maladies (CIM) [57], marquent indéniablement un nouveau départ pour la recherche sur les personnalités *borderline* en proposant aux chercheurs un langage commun. Ils mettent également en évidence les insuffisances actuelles du concept, comme le problème de son chevauchement avec d'autres troubles de la personnalité ou celui de sa comorbidité avec les troubles affectifs.

Perspectives historiques

L'histoire du concept situe ce dernier à la frontière des perspectives psychiatriques et psychanalytiques [26, 49, 69]. Bien que très différents, ces courants de pensée ont convergé face à l'« observation de plus en plus fréquente de cas qui ne se laissent pas facilement décrire en des termes classiques » (Allilaire [4]).

Pourtant, la longue liste de termes utilisés entre 1884, date de la première apparition du terme *borderline* dans la littérature médicale (Hugues), et nos jours, pour qualifier des états qui partagent au moins certaines similitudes, montre à quel point cet ensemble paraît correspondre à une réalité clinique.

Perspectives psychiatriques

L'état limite trouve ses racines dans la psychiatrie de la fin du XIX^e et du tout début du XX^e siècle. S'annonçant comme un concept résolument moderne, il soulève deux questions d'actualité : tout d'abord celle de la confrontation entre les démarches nosologiques structurales franco-germaniques d'une part, et sémiologiques descriptives anglo-saxonnes de l'autre, ensuite celle de la conceptualisation des troubles du caractère et des « personnalités pathologiques » entre névrose et psychose.

La psychiatrie européenne, sous l'influence de Magnan en France et de Kraepelin en Allemagne, a proposé une nosographie s'attachant principalement à la description de grandes entités théoriques. La psychiatrie anglaise a échappé à ce mouvement, le pragmatisme anglo-saxon préférant les descriptions sémiologiques rattachées à l'observation directe.

Le terme *borderline* a été utilisé pour la première fois aux États-Unis pour désigner des cas de symptômes physiques survenant dans des affections psychiatriques ; pourtant, il est tombé dans l'oubli pour les psychiatres anglo-saxons, jusqu'à la période de la Seconde Guerre mondiale.

De leur côté, les psychiatres français et germaniques ont isolé à diverses reprises des tableaux cliniques se situant, par leur aspect ou leur évolution, aux limites de cadres nosographiques trop rigoureusement délimités. Il s'agit alors d'un repérage sémiologique essentiellement centré sur l'existence latente ou patente d'un état d'allure schizophrénique. Mais la plupart des auteurs de l'époque, à l'instar de Kraepelin ou Bleuler, sont restés hostiles à l'individualisation de formes cliniques atténuées ou intermittentes des psychoses dissociatives. Ils ont choisi d'étendre le champ de la schizophrénie à ces formes discrètes, d'évolution lente, dont l'expression essentielle réside dans une pathologie du comportement et des conduites.

Vers 1893, Magnan a évoqué, en France, les formes de maladie mentale particulières par leur évolution que sont les « délires curables ». Vers la même époque, Kraepelin a décrit des formes atténuées de démence précoce.

Entre 1885 et 1890, Kahlbaum a distingué les héboïdophrénies des démences précoces, par leur propension à la délinquance et la prévalence des troubles caractériels sans déchéance terminale. En 1921, Kretschmer a relié au biotype « leptosome » prédisposant à la schizophrénie, un caractère pathologique, la schizoïdie, au sein duquel l'inhibition associée à l'impulsivité conduit à l'inadaptation sociale, sans que survienne de processus dissociatif.

Françoise Chaine : Assistant spécialiste, Fondation Vallée, 7, Rue Bensérade, 94250 Gentilly, France.

Julien Daniel Guelfi : Professeur de l'université Paris XI, hôpital Paul Brousse, 12, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Chaine F et Guelfi JD. États limites. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-395-A-10, 1999, 10 p.

En 1924, Minkowski a développé également en France ce concept. Vers la même époque, Claude a décrit les « schizoses » qu'il situe entre psychoses et névroses et a isolé notamment la schizomanie, caractérisée pour lui par la désadaptation au réel, l'impulsivité, les bizarreries du comportement et l'autisme.

Le concept de schizonévrose, proposé par Claude en 1939 puis par Ey en 1955, recouvre pour l'essentiel la sémiologie de ces états frontières. La schizonévrose se caractérise par la coexistence de comportements névrotiques polymorphes, empruntant aux structures hystériques, obsessionnelles et aux personnalités psychopathiques, avec des décompensations psychotiques survenant par crises sous forme de bouffées délirantes ou d'épisodes discordants. Pour Ey, il s'agit là de « l'aboutissement d'un processus entraînant la dislocation brusque d'un système névrotique jusque-là relativement bien organisé ».

La schizophrénie ambulatoire de Zillboorg (1941), la schizophrénie pseudonévrotique de Hoch et Polatin (1949), les états mixtes et les états transitionnels schizophréniques de Palem (1958) marquent également la réticence de leurs auteurs à authentifier l'existence d'une troisième structure autonome ou de formes de transition entre psychose et névrose.

Les états limites ont donc été considérés, au moins initialement, du point de vue nosographique, comme étant de nature schizophrénique. Les auteurs s'accordent à proposer deux types d'états mixtes ou schizonévrotiques : des formes de passage d'un état à l'autre, dans une conception hiérarchique de la personnalité, et des formes d'existence, relativement permanente, d'« instabilité stable ».

Dans un certain nombre de cas néanmoins, le trouble dissociatif ne peut guère être conçu comme perturbation primaire : bon nombre de tableaux cliniques tels que les psychopathes et mythomanes de Dupré, les personnalités psychopathiques de Schneider, les paranoïaques sensitifs de Kretschmer, voire certaines personnalités perverses, seraient sans doute, de nos jours, rattachés au spectre des états limites.

Perspectives psychanalytiques

Auteurs anglo-saxons

C'est le souci de distinguer névrose et psychose qui a relancé aux États-Unis, dans les années 1940, le concept de pathologie *borderline*. La démarche anglo-saxonne trouve ses origines dans la constatation, au décours de cures analytiques chez des patients apparemment névrotiques, d'un transfert particulier altérant gravement la relation patient-thérapeute, semblable à celui des patients psychotiques. Il s'agit donc de percevoir dès que possible, dans le fonctionnement mental de ces patients, des distorsions de la dynamique de la relation, devant faire craindre l'installation ultérieure de ce qui a été qualifié de « psychose de transfert ». Cette nouvelle clinique, dont l'objectif principal n'est plus la recherche d'éléments sémiologiques utilisables dans le cadre d'un repérage nosologique précoce de la schizophrénie, surgit, comme l'a souligné Allilaire, « de la situation analytique dans tout ce qu'elle a de particulier quant au mode de communication et à la position des protagonistes de la relation »^[4].

Stern, en 1936, a consacré l'entrée du terme *borderline* dans la nosologie, avec un article intitulé : « Investigations psychanalytiques et abord thérapeutique dans un groupe *borderline* des névroses » en soulignant le sentiment d'insécurité diffuse de ces patients, leur hyperesthésie affective et leur défaillance de l'estime de soi, attribués à une carence narcissique fondamentale.

L'une des premières perceptions d'état limite a été proposée par Deutsch en 1935 avec la notion de personnalité *as if*. Cet auteur a défini en 1942 les distorsions des relations d'objets internalisés de ces sujets caractérisés par un manque d'authenticité dans leur relation à autrui mais qui donnent superficiellement l'illusion de la normalité. Ce courant d'idées a ultérieurement été poursuivi avec Winnicott et le concept de *faux-self*.

En 1949, puis en 1951, Eisenstein a insisté sur le risque majeur de décompensations psychotiques transitoires, d'autant plus que, comme l'a mentionné Bichowsky en 1953, la prise en charge analytique a été réalisée sans aménagement préalable.

À partir de ces premiers travaux, plusieurs axes de réflexion peuvent être dégagés de la littérature de l'époque. Certains auteurs, comme Wolberg (1952) ou Frosch (1964), se sont attachés à distinguer les états limites des psychoses. En effet, l'utilisation du même terme *borderline* pour désigner à la fois les patients ayant présenté une symptomatologie psychotique transitoire rapidement régressive et des patients fonctionnant de façon stable à un niveau considéré comme intermédiaire entre névrose et psychose, est longtemps restée source de confusion. Wolberg a précisé les mécanismes répétitifs d'allure sadomasochiste qui régissent les relations interpersonnelles de ces patients, assimilables à une relation parent-enfant ambivalente. Malgré le recours à des défenses plus primitives que celles des patients névrosés, les patients limites garderaient, pour ces auteurs, et contrairement aux sujets psychotiques, une épreuve de réalité préservée. En 1966, Parkin a contribué,

lui aussi, à sortir les états limites du spectre de la schizophrénie ou de ses formes latentes et pseudonévrotiques. Insistant sur le fait que les symptômes ne sont pas les éléments les plus caractéristiques de ces états, cet auteur a décrit ce registre de trouble comme un état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose.

D'autres auteurs ont cherché à caractériser le Moi des patients *borderline*, tout en précisant à quel point seule une optique métapsychologique pouvait venir confirmer un diagnostic d'état limite pressenti à l'issue d'une étude descriptive^[49]. Knight a insisté, en 1953, sur l'altération des fonctions normales du Moi qui lui paraît devoir être associée au concept d'état limite. Il s'agit, selon lui, de « 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 a néanmoins rattaché ces états, qu'il ne considère que comme une étape transitoire de la vie du patient, à la schizophrénie.

En 1959, Schmeideberg a décrit l'état limite comme une organisation « stable dans l'instabilité », « limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et de la psychopathie ». Le tableau qu'elle a proposé n'est pas sans rappeler celui que retiennent les instruments diagnostiques contemporains. Elle a insisté sur le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse ou aux affects dépressifs de ces patients, sur leurs comportements excessifs et leurs tendances à l'agir destinés à lutter contre le vide intérieur, leur intolérance aux frustrations et leurs troubles du jugement.

En 1963, Modell a proposé la métaphore du porc-épic pour illustrer chez ces sujets le mode de relation de type anaclitique coexistant avec l'« angoisse du rapproché » ainsi que la fragilité identificatoire.

En 1968, Grinker, Werble et Drye ont réalisé une analyse multifactorielle des données recueillies chez 51 patients^[30]. Ils ont cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle les fonctions du Moi pourraient être appréhendées à partir du comportement des patients. L'analyse statistique a permis d'identifier un syndrome spécifique stable avec une bonne consistance interne, doté de quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression. Ce travail a également conduit à caractériser quatre sous-groupes : les états limites psychotiques, le noyau de l'état limite, les personnalités *as-if* et les états limites névrotiques.

Si ces auteurs ne sont pas parvenus à définir un facteur étiologique pour le syndrome d'état limite, tout en suggérant le rôle des carences affectives maternelles, Masterson, dès 1971, a centré sa conception sur la dépression d'abandon et le retrait maternel des besoins libidinaux de l'enfant au stade de développement précoce dit de « séparation-individuation ».

De leur côté, des auteurs comme Jacobson (1964), Greenson (1954, 1958) et Erikson (1956), dans la lignée de Deutsch ou Fairbairn, ont apporté chacun une contribution importante à la compréhension des relations d'objet internalisées pathologiques, « chaotiques », des patients *borderline*, ainsi qu'à celle des mécanismes de défense spécifiques, et notamment du clivage en tant qu'opération défensive du Moi (cf infra).

En 1974, Kohut, s'intéressant tout particulièrement au développement du narcissisme qu'il a dissocié du développement libidinal, a rendu compte de l'inaptitude fondamentale des personnalités limites à réguler l'estime de soi en dégageant la notion du Soi grandiose.

Ce sont les travaux de Kernberg qui constituent la plus importante des contributions psychodynamiques à la définition de l'état limite. Partant des conclusions de Knight sur l'altération des fonctions moiïques, cet auteur a effectué une analyse complexe des aspects structurels du Moi dans les personnalités *borderline* et a relié ces concepts à une théorie générale et multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité. Il a classé de façon hiérarchique ces niveaux d'organisation de la normale vers les névroses et les psychoses, les *borderline* étant situés en position intermédiaire. Il a proposé enfin une triple perspective descriptive, structurale et psychodynamique (cf infra, Diagnostic), en accordant une attention particulière aux aléas objectaux de ces patients^[40].

Auteurs de langue française

Bergeret a développé dans les années 1970 une théorie générale de l'organisation limite de la personnalité, craignant que le « groupe des états limites ne devienne rapidement 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 éparés... »^[10, 11, 12].

Cet auteur a considéré l'état limite comme « une troisième lignée psychopathologique » intermédiaire entre névrose et psychose, sans symptôme névrotique ni décompensation psychotique franche. À partir de ce qu'il a nommé « le tronc commun de l'état limite », il a décrit un certain nombre de formes cliniques évolutives, plus ou moins proches des névroses ou des psychoses, des formes aménagées de type caractériel ou pervers et des formes de sénescence.

Green, à la même époque, a évoqué 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 ».

Widlöcher, en insistant sur l'hétérogénéité des données sémiologiques qui fondent le concept, a préféré le terme d'organisation à celui de structure, recouvrant un système d'attitudes et d'opérations de pensée qui présentent une assez grande cohérence et tendent à la stabilité. Il a distingué les états limites du conflit névrotique par leurs modalités de représentation 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 a différencié l'organisation limite des organisations psychotiques grâce à des critères négatifs (absence de confusion entre le monde extérieur et intérieur et absence de dissociation de l'appareil psychique). Il a souligné enfin le rôle décisif des mécanismes de projection dans la gestion par le patient de ses relations interpersonnelles et dans ses passages à l'acte [92, 93].

Parmi les psychanalystes français ayant apporté leur contribution à la clarification du concept d'état limite, il convient également de citer les travaux de Racamier portant sur les aménagements de la cure chez les patients psychotiques et ceux des pédopsychiatres, comme Misès ou Diatkine, sur les dysharmonies évolutives ou les prépsychoses chez l'enfant [55].

Études récentes : épidémiologie, évolution, pathogénie

Critères diagnostiques - Généralités

À partir des années 1970, la recherche en matière de trouble de la personnalité limite s'est orientée vers l'élaboration de modèles au sein desquels les conduites étaient quantifiées, le regroupement de celles-ci au sein de dimensions distinctes et leur stabilité dans le temps étant vérifiés par l'emploi des statistiques multivariées. De nombreux auteurs comme Kernberg, Gunderson et Singer, Perry et Klerman ou Millon se sont attachés, à partir de revues de la littérature concernant le trouble *borderline*, à dégager des constellations de traits ou de critères fondamentaux suffisamment consensuels et considérés comme les plus spécifiques possibles du désordre concerné [31, 40, 54, 62, 64]. Les critères diagnostiques proposés sont, selon les options de leurs auteurs, soit purement descriptifs, soit psychodynamiques. Les instruments d'évaluation, conçus à partir de ces critères, sont présentés comme spécifiques de la personnalité *borderline*. Grâce au langage commun de base représenté par ces critères diagnostiques, un certain nombre d'études de comorbidité, ainsi que des études de suivi à long terme et des travaux concernant l'environnement familial, ont pu se développer.

Études épidémiologiques - Évolution

La littérature consacrée à l'épidémiologie et à l'évolution des états limites ou de la personnalité *borderline* est très importante. Mais la variabilité des références théoriques des auteurs pour cerner le concept rend toute comparaison des divers résultats entre eux hasardeuse. La prévalence générale de la personnalité *borderline* a été estimée entre 0,2 % à presque 2 % au sein de la population générale et approximativement à 15 % parmi l'ensemble des consultants des services psychiatriques [90].

Les premières études publiées qui ont utilisé des critères diagnostiques pour décrire les échantillons cliniques sont celles de Gunderson à partir de 1975 [in 36], Akiskal en 1981 [1], Pope et al en 1983 [67], Perry en 1985 [61] et Tucker et al en 1987 [81].

Ces premières études ont établi la grande fréquence des gestes suicidaires au cours de l'évolution (50 %) ainsi que les liens étroits qui unissent cette pathologie de la personnalité aux troubles de l'humeur au point que, pour Akiskal, l'autonomie même de la pathologie *borderline* s'avère discutable [1, 3].

Outre les épisodes dépressifs, les *études de comorbidité* ont mis en évidence la fréquence de l'association chez l'homme avec des épisodes d'abus d'alcool et de substances toxiques diverses, et, chez la femme, avec des troubles des conduites alimentaires de type boulimique [81].

Enfin, l'association de plusieurs troubles de la personnalité est la règle générale [7, 65, 67, 71]. Le degré de « chevauchement diagnostique » atteint 80 % des patients, ce qui remet en cause la validité même de la catégorie diagnostique ou des critères permettant de définir celle-ci. L'insuffisance de spécificité des critères diagnostiques retenus dans le DSM III et le DSM III-R a été l'argument principal d'auteurs comme Gunderson et Zanarini pour proposer une modification radicale (cf infra) de plusieurs critères diagnostiques pour limiter notablement le champ de la pathologie *borderline*.

Les associations le plus fréquemment rencontrées sont celles avec la personnalité antisociale [61] qui aggrave le pronostic ou avec les personnalités histrioniques, évitantes et schizotypiques. L'association dépasse 50 % pour les personnalités antisociales dans deux publications citées par Gunderson et

al [36] et elle dépasse 60 % dans trois publications pour les personnalités histrioniques [23, 65, 95]. Une association avec les personnalités schizotypiques, enfin, existerait dans 35 à 45 % des cas [23, 56, 95].

Les études de *suivi au long cours* des personnalités *borderline* ont été inaugurées par celle de Grinker et al (1968-1977) [29, 30] : 41 des 51 patients initialement hospitalisés ont été suivis de 6 mois à 3 ans et 28 patients l'ont été pendant 5 ans. Une évolution schizophrénique a été rarement observée dans cet échantillon (deux cas), contrairement aux troubles de l'humeur.

L'échantillon de Pope et al [67] de 33 patients suivis de 4 à 7 ans a été divisé en deux parties à peu près égales selon l'existence ou non d'un trouble affectif majeur associé lors de l'évolution, celui-ci s'avérant le plus souvent persistant (dix cas sur 14, soit 71 %).

Les études les plus longues et les plus rigoureuses sont celles de McGlashan (1986) et de Stone (1993).

L'étude de McGlashan a porté sur 81 patients suivis (sur 91 patients traités initialement) 2 à 32 années auparavant au Chesnut Lodge (Rockville, Maryland) [51, 52, 53]. Une mortalité importante a été relevée (11 décès dont deux par suicide).

Le pronostic a été plus sombre dans le groupe « comorbide » (trouble *borderline* associé à la dépression) que dans le groupe *borderline* « pur ».

Enfin, l'étude dite PI-500 du New York Psychiatric Institute de Stone [74, 75, 77, 78] a inclus 205 patients *borderline* suivis en moyenne 16 ans. Trente-sept d'entre eux était « purement » *borderline* ; 100 avaient une comorbidité avec un trouble dépressif majeur. L'évolution a été principalement caractérisée par sa variabilité, les traits antisociaux étant, comme dans les études antérieures, un élément de pronostic défavorable, tout comme, dans les antécédents, la notion de violence parentale ou d'abus sexuels.

Étiologie - Pathogénie

De très nombreuses publications font état d'une relation entre trouble de la personnalité, vulnérabilité dépressive et traumatismes précoces au cours du développement (carences de soins, mauvais traitements). La plupart de ces études souffrent de sérieuses limitations méthodologiques comme l'absence habituelle d'abord prospectif et de groupe contrôle. Par ailleurs, on dispose d'un nombre réduit de données concernant spécifiquement les personnalités limites. Malgré ces difficultés, il existe certaines 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 diffus d'identité, d'insécurité profonde avec doute permanent sur les intentions réelles d'autrui [37, 97].

Synthèse des études empiriques disponibles

Trajectoire de vie - Études familiales

Il est possible de résumer les données empiriques réunies à ce jour de la façon suivante :

– le trouble *borderline* est un diagnostic dont la validité clinique et la stabilité temporelle paraissent suffisantes ; il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre ce registre de trouble et le diagnostic de schizophrénie alors qu'il en existe un entre personnalité limite et trouble de l'humeur ; la nature exacte de celui-ci reste cependant incertaine et non spécifique [7, 51, 52, 53, 67] ;

– la prise en charge spécialisée des sujets *borderline* débute en général vers la fin de l'adolescence ; les deux tiers des patients restent dysfonctionnels pendant une vingtaine d'années, le cap de vulnérabilité maximale se situant autour de la trentaine, le risque suicidaire avoisinant alors les 5 % ; par la suite, la majorité des patients obtiennent une insertion socioprofessionnelle d'assez bonne qualité ; ceux qui ne récupèrent pas un tel niveau de fonctionnement le doivent, soit à l'intensité de certains de leurs traits de personnalité prédominants (impulsivité, hostilité ou irascibilité), soit à la comorbidité avec un autre trouble de la personnalité ou avec un autre trouble mental (axe I du DSM) ; les associations qui aggravent le pronostic sont les troubles schizotypiques ou antisociaux de la personnalité, les troubles affectifs (dépression surtout) et les antécédents parentaux de sévices chroniques précoces [74, 75, 77, 78] ;

– les études familiales mettent en évidence la fréquence des antécédents (à vrai dire bien peu spécifiques) de séparations et pertes précoces, d'échec du couple parental (Gunderson et al, Soloff et Milhward [72]), de sévices physiques et sexuels [95] au point qu'environ 3 % des patients limites répondent aux critères des états de stress post-traumatique ; il existe également une forte stabilité intrafamiliale du diagnostic de personnalité limite [94, 96].

Le trouble *borderline* est-il une catégorie diagnostique ou une dimension ?

Malgré la solidité de certains de ces résultats, à savoir surtout la convergence des conclusions épidémiologiques issues de travaux d'équipes de recherche différentes, la plupart des publications des 10 dernières années sur les troubles

limites de la personnalité se concentrent sur quelques axes de réflexion faisant encore l'objet de polémiques. Il en est ainsi du choix entre l'option catégorielle et l'option dimensionnelle pour décrire et délimiter ce trouble de la personnalité [22, 59, 88, 98].

L'approche catégorielle choisie par la plupart des auteurs (et retenue dans les classifications internationales les plus utilisées) limite la décision clinique à la question suivante : le sujet est-il ou n'est-il pas *borderline* ? Cette option a le mérite d'être plus conforme au modèle médical et d'aider à la décision diagnostique et thérapeutique mais elle induit pour certains de nombreux dilemmes concernant les limites entre pathologie *borderline* et autres troubles de la personnalité, pathologie *borderline* et troubles de l'humeur, pathologie *borderline* et normalité.

L'option dimensionnelle, bien que pressentie comme plus adaptée à l'hétérogénéité des situations cliniques généralement comprises sous ce vocable, soulève d'autres questions, notamment en ce qui concerne la difficulté d'établir le nombre et le type des dimensions qui paraissent les plus adéquats.

Kernberg a proposé une combinaison des modèles catégoriels et dimensionnels avec des formulations fondées sur la théorie psychodynamique. Son approche reste néanmoins complexe pour la pratique clinique courante (cf infra, Données psychopathologiques et Approche quantitative).

Choix des critères diagnostiques

Un autre axe de réflexion figurant dans les publications actuelles est le choix des critères diagnostiques les plus fiables. Pour des auteurs comme Clarkin (1983), Widiger et Frances (1986) ou McGlashan (1987), le contexte dans lequel les critères sont utilisés influe beaucoup sur leur valeur discriminative pour le diagnostic [18, 20]. Ainsi, ce ne sont pas les mêmes items qui sont les plus utiles au diagnostic différentiel de la personnalité *borderline* avec tel ou tel désordre de l'axe II. Cependant, des gestes autoagressifs, des relations d'objet intenses et instables et une forte impulsivité sont, globalement, les variables les plus utiles au diagnostic, tandis que l'absence d'impulsivité et d'instabilité affective permettrait, en général, d'infirmen celui-ci [27, 31, 64].

L'inclusion ou non de la symptomatologie psychotique dans le diagnostic positif du trouble limite de la personnalité est longtemps restée une source de controverse théorique. L'adjonction, dans le DSM IV, d'un item concernant les « idéations persécutives » ou des symptômes dissociatifs sévères transitoires liés au stress rapproche ces deux courants de pensée au risque (pour certains) d'augmenter le chevauchement de la personnalité *borderline* avec la personnalité schizotypique.

Place des troubles de l'humeur dans la pathologie *borderline*

La place des troubles de l'humeur fait toujours l'objet de vives controverses [28, 61, 66].

Le registre des troubles affectifs a poussé un auteur comme Akiskal à ne considérer les troubles limites que « comme un regroupement hétérogène de désordres variés affectifs, schizotypiques ou organiques » [1, 2, 3]. Les caractéristiques cliniques de la dépression *borderline* seraient cependant sensiblement différentes de celles de la dépression unipolaire avec, notamment, une absence de ralentissement psychomoteur. D'autre part, les conclusions des études empiriques familiales, de suivi et des travaux pharmacologiques ayant cherché à comparer des échantillons de patients *borderline* et dépressifs unipolaires ont permis à Gunderson de privilégier l'existence d'un lien fréquent mais non spécifique entre les troubles affectifs et la personnalité *borderline* [34, 36].

Modèles théoriques

Certains auteurs ont proposé des modèles étiopathogéniques complexes de la personnalité *borderline* qui représentent des tentatives d'intégration des conclusions cliniques, neurobiologiques, génétiques et psychosociales des études empiriques des 25 dernières années [9, 20]. Le modèle bio-psycho-social de Kernberg (1997) est détaillé plus bas.

En 1993, Linehan a présenté un modèle comportemental de la personnalité *borderline* précisant comment, chez certains sujets, des événements développementaux particuliers (comme un environnement « invalidant ») et un certain degré de dysrégulation émotionnelle étaient susceptibles d'entretenir une influence réciproque pour aboutir à ce désordre [43].

En 1993, Stone a dégagé chez les patients une tendance générale aux « réponses comportementales non modulées » qu'il a reliée à la notion d'hyperirritabilité selon lui sous-jacente à ce trouble de la personnalité. Cette prédisposition constitutionnelle correspondrait à un dysfonctionnement limbique. À partir de cette hypothèse, Stone a proposé également un modèle étiopathogénique bio-psycho-social [76].

Approche cognitive

Comme nous l'avons brièvement mentionné, plusieurs études récentes ont mis l'accent sur la fréquence des troubles cognitifs dans la pathologie *borderline*, notamment celle des expériences psychotiques idéiques,

persécutives ou hallucinatoires. Au-delà de ces constatations et dans une perspective résolument cognitiviste, 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 inférences arbitraires, la maximisation et la minimisation. Particulièrement évocateur est le traitement dichotomique des informations, c'est-à-dire le classement des perceptions en termes manichéens mutuellement exclusifs : « tout bon ou tout mauvais » ; « tout noir ou tout blanc », avec comme caractéristiques principales du style de pensée, des schémas de rejet, de vulnérabilité sans recours, de manque de valeur et d'amour d'autrui.

Pour certains auteurs, certains déficits cognitifs dans le registre de l'abstraction caractériseraient les personnalités *borderline* et justifieraient certaines modalités d'abord psychothérapeutique préférentielles [39].

Description clinique [4, 10, 40, 42, 49, 70, 93]

N'importe quel symptôme psychiatrique est susceptible de se rencontrer chez ce type de patients. Nous envisagerons successivement, en soulignant la tonalité particulière que le fonctionnement limite leur donne : l'angoisse, les symptômes d'allure névrotique, les troubles thymiques, les troubles du comportement impulsif et les épisodes psychiatriques aigus.

Angoisse

Classiquement décrite comme permanente, flottante, allant du « mal de vivre chronique » à la grande crise aiguë avec son cortège de manifestations somatiques, sidération mentale et déréalisation, l'angoisse figure dans toutes les descriptions cliniques des états limites. Plus que sur son intensité, les auteurs insistent sur la facilité avec laquelle elle envahit le patient sans réelle circonstance déclenchante, ainsi que sur son caractère diffus et incontrôlable. Il ne s'agit pas d'une angoisse de morcellement psychotique car les frontières entre soi et autrui sont respectées chez le patient limite ; il ne s'agit pas non plus de sentiment d'échec ou de culpabilité névrotique mais d'une angoisse de perte d'objet, pouvant être perçue par le sujet comme une crainte pour l'intégrité de sa cohérence interne ou comme un sentiment d'abandon. Enfin, la caractéristique psychopathologique de cette angoisse la plus significative de l'état limite est probablement son échec économique comme celui de la multiplicité des symptômes présentés par le patient, ce dernier restant dans l'incapacité de lier efficacement cette anxiété de fond à des opérations mentales ou à des conduites pathologiques de façon à préserver d'autres secteurs de sa vie psychique.

Symptômes d'allure névrotique

Ceux-ci se montrent fluctuants dans le temps, associés entre eux de façon variable.

Les symptômes d'allure phobique sont fréquents. Les plus évocateurs concernent le corps ou la perception du sujet par autrui (phobie du regard, de parler en public...), ainsi que les phobies 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 idées obsédantes et les rituels, quand ils existent, sont également fortement rationalisés, devenant progressivement syntones au Moi. Il n'existe ni lutte, ni rigidité défensive, ni besoin d'autopunition.

Les symptômes de conversion hystérique, dénués d'érotisation et de fantasmatisation, sont remarquables par le contexte principalement agressif et manipulateur dans lequel ils surviennent. Il s'agit de conversions atypiques, volontiers permanentes et multiples, d'épisodes crépusculaires ou de troubles de la conscience.

Les symptômes hypocondriaques, plus rares, prennent la forme d'une préoccupation envahissante pour la santé physique pouvant retentir sur la vie sociale du patient. Des craintes nosophobiques rationalisées, surtout lorsqu'elles revêtent une tonalité persécutive, doivent faire évoquer un fonctionnement limite [4].

Troubles thymiques

La prévalence de la dépression chez les patients *borderline* est telle que certains auteurs, comme Bergeret, en font l'un des éléments centraux de leur organisation structurelle. Si sa profondeur ne semble pas particulièrement caractéristique, la dépression limite compte néanmoins plusieurs singularités cliniques :

- le ralentissement psychomoteur y est rare ;
- il existe une désadaptation grave du sujet à sa réalité externe et interne ;
- la qualité des affects, surtout, doit attirer l'attention du clinicien.

La culpabilité classiquement décrite dans les états dépressifs, témoin de l'intégration des interdits surmoïques et de la sollicitude à l'égard de l'objet, fait ici souvent défaut. On retrouve plutôt chez ce type de patients, un état d'*irritabilité*, de *colère* voire de *rage* froide, ou encore un sentiment de désespoir et d'impuissance devant l'objet inaccessible, traduisant l'effondrement d'une image de soi idéalisée. À mi-chemin entre la décharge impulsive de l'angoisse et une tonalité particulière de la dépression, les colères inappropriées et mal maîtrisées ainsi que les accès de violence pouvant se retourner contre le sujet lui-même sous forme d'actes hétéroagressifs sont assez caractéristiques, le passage à l'acte suicidaire étant toujours à craindre. Pour Gunderson, la colère serait plus souvent rapportée par le sujet qu'elle n'est observée par le clinicien, témoignant du monde interne cahotique de ces patients.

Le vide chronique, permanent, différencie également ces malades des déprimés non *borderline*. Souvent considérée comme le témoin de l'échec fondamental des attachements précoces, cette caractéristique est très fortement corrélée aux abus de substances comme aux actes autoagressifs [34, 63]. Son absence chez certains patients *borderline* permettrait selon ces auteurs de prédire une évolution ressemblant plus à celle des troubles affectifs.

En rapport avec ce vide intérieur, ces sujets se plaignent souvent d'une sensation d'ennui, de lassitude intense à vivre une vie à leurs yeux sans signification, associée à un profond sentiment d'aliénation et une avidité vaine de relations proches avec autrui contrastant avec des fantasmes d'autosuffisance et d'omnipotence.

Troubles du comportement de type impulsif

Témoignant d'une agressivité sans expression symbolique possible, l'impulsivité se traduit par l'instabilité professionnelle et affective pouvant au maximum réaliser un tableau d'allure psychopathique. Elle s'exprime cliniquement chez les patients *borderline* sur deux plans étroitement mêlés illustrant l'incapacité de ces sujets à tolérer les frustrations : les passages à l'acte et les conduites de dépendance. Elle infiltre l'ensemble des modalités relationnelles.

Passages à l'acte

Les passages à l'acte peuvent être autoagressifs (automutilation, tentatives de suicide, ivresses aiguës, surdoses de produits toxiques divers, accès boulimiques, accidents de la voie publique ou conduites à risque récurrentes...) et hétéroagressifs (colères, accès de violence, vols...). Érigés en véritable mode de communication, ils illustrent le désarroi affectif de ces patients pour lesquels la relation avec autrui ne passe souvent que par la manipulation impulsive.

Kernberg a souligné le côté égocentrique de ces comportements au moment où ils ont lieu, pouvant alors être ressentis comme une source de satisfaction pulsionnelle directe, contrastant avec la critique sévère qu'en fait souvent le patient lui-même à distance. Cependant, le clivage empêche l'élaboration et entretient les répétitions, poussant certains auteurs à parler de dépendance à ce type de conduites.

Conduites de dépendance

Alcoolisme et toxicomanie sont très fréquemment observés chez les patients *borderline*. « Prothèse externe » selon Kernberg, le toxique ou l'alcool vient pallier un narcissisme défaillant. Procurant à la fois gratification immédiate et manque, l'usage de telles substances reproduit artificiellement le clivage.

Dans ce registre peuvent également se rencontrer des troubles du comportement alimentaire (de type boulimique, anorexique-boulimique et plus rarement anorexique simple) ou des conduites de jeu pathologique et d'achats compulsifs.

Fréquentes également, les tendances sexuelles perverses polymorphes prennent la forme d'une véritable addiction avec recherche permanente de promiscuité. Il s'agit d'une succession d'expériences impulsives, cahotiques, 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.

Modalités relationnelles

Le mode de relation anaclitique s'exprime, selon Bergeret, sous la forme d'une attente passive de satisfactions et d'une manipulation agressive du partenaire, le patient ne pouvant aménager une quelconque souplesse dans la distance relationnelle. À travers ce type de lien, qui reproduit ses attachements parentaux précoces, le sujet limite, oscillant entre la fusion et la fuite, confronte l'autre à son avidité affective jamais comblée. Réactions auto- ou hétéroagressives et rejet sont la règle dès que le partenaire ne répond pas exactement aux exigences de cette demande massive, renvoyant alors le patient à ses angoisses d'abandon.

L'instabilité qui préside aux investissements affectifs et socioprofessionnels cache mal la problématique dépressive de fond. Pourtant, si le délabrement de la vie relationnelle témoigne de cet état de fait, il contraste souvent avec des investissements et une réussite professionnelle qui peuvent surprendre au vu de ces antécédents.

Bien entendu, ces modalités objectales particulières infiltrent également le lien que ce type de patient tisse avec ses thérapeutes, rendant toute prise en charge (chimiothérapique ou psychothérapeutique) délicate.

Épisodes psychiatriques aigus

Les épisodes psychiatriques aigus sont assez courants chez les patients *borderline*. Bien connus des services d'urgence où ils se présentent régulièrement dans un état inquiétant semblant imposer une hospitalisation, ils confrontent dès ce premier contact leur interlocuteur à l'avidité de leur demande d'aide.

La modalité la plus courante d'admission est certainement le passage à l'acte autoagressif ou la tentative de suicide. Ce type de comportement, survenant souvent de façon itérative dans un contexte de manipulation et de dramatisation, reste néanmoins à l'origine de 5 % de décès chez ces sujets avant l'âge de 30 ans.

Ailleurs, ces décompensations aiguës prennent l'aspect de crises d'angoisse aiguë, voire d'épisodes confusionnels pouvant évoquer la constitution d'un délire. 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. 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).

Quelle que soit la nature de ces décompensations, c'est leur labilité qui en est l'élément le plus caractéristique : l'ensemble de cette symptomatologie peut par exemple 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.

En résumé, le polymorphisme symptomatique des états limites est tel qu'une évaluation uniquement fondée sur la sémiologie psychiatrique descriptive reste insuffisamment spécifique, exposant le clinicien à un recours en fait trop fréquent à ce type de diagnostic.

Si le repérage de certaines des conduites énumérées ci-dessus, surtout quand elles sont associées, doit faire suspecter une organisation limite sous-jacente, il demeure indispensable de compléter cette approche formelle par une analyse psychodynamique du fonctionnement mental, notamment au travers des aléas de choix objectaux des patients.

Psychopathologie et théorie psychodynamique

Les études empiriques des 30 dernières années n'ont pas diminué (loin s'en faut) l'intérêt porté aux modèles psychanalytiques qui ont tenté de rendre compte de l'ensemble de l'organisation limite de la personnalité. La principale originalité de ce modèle psychologique repose sur l'analyse des modalités des relations d'objet internalisées. La différenciation par Kernberg (1975) de l'organisation limite de la personnalité, des niveaux de fonctionnement névrotique d'une part, psychotique d'autre part, repose sur les trois caractéristiques structurales suivantes : le degré d'intégration de l'identité, le niveau des mécanismes défensifs et la capacité à vivre l'épreuve de réalité [40, 49] (tableau I).

Degré d'intégration du Moi

Il s'agit là, pour Kernberg, d'une dimension psychodynamique fondamentale.

Les manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi, comme le manque de tolérance à l'anxiété, le manque de contrôle pulsionnel, le manque de développement de voies de sublimation ou le manque de différenciation des images de soi et d'objet, avec estompage concomitant des frontières du Moi, prennent, en effet, au sein de l'organisation limite de la personnalité, une tonalité particulière que cet auteur appelle le syndrome d'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 ». Si, comme dans le registre névrotique, les frontières du Moi existent dans la plupart des domaines, permettant en général la différenciation entre les images de soi et d'objet, elles font défaut dans celui des relations interpersonnelles proches, aboutissant alors à un fonctionnement de type psychotique sur ce terrain particulier.

Ce syndrome a des conséquences profondes sur la qualité des relations d'objet internalisées du patient limite, ainsi que sur ses capacités d'abstraction et d'adaptation à la réalité.

La « psychose de transfert » est une illustration de cette fragilité particulière. L'altération des processus de pensée face à un stimulus peu structuré comme

Tableau I. – Organisation limite de la personnalité [26].

	Névrotique	Borderline	Psychotique
Intégration de l'identité	Représentations de soi et d'autrui bien différenciées		Représentation de soi et d'autrui peu différenciées Dépersonnalisation
	Identité stable : images de soi et d'autrui contradictoires intégrées	Syndrome d'identité diffuse : perceptions contradictoires de soi et d'autrui peu intégrées et maintenues séparées	
Mécanismes de défense	Mécanismes de haut niveau Refoulement, formations réactionnelles, isolation...	Mécanismes de bas niveau : clivage, déni, idéalisation primitive, identification projective, omnipotence, dévalorisation	
	Les défenses protègent le sujet du conflit intrapsychique Les interprétations améliorent le fonctionnement		Les défenses protègent le patient de la dissociation : les interprétations induisent une régression
Épreuve de réalité	Confrontation à l'épreuve de réalité maintenue		Rupture plus ou moins grave avec la réalité
	Capacité à évaluer soi-même et autrui avec lucidité, même dans les rapports proches	Altération de l'épreuve de réalité dans les relations objectales proches : perceptions et réactions inappropriées, psychose de transfert	

un test projectif en est une autre, l'irruption de fantasmes primitifs pouvant alors altérer transitoirement les capacités d'adaptation.

Opérations défensives

Contrairement aux patients névrosés qui utilisent, pour lutter contre l'invasion pulsionnelle, des défenses de haut niveau de l'ordre du refoulement, les patients limites ne disposent en général que de modalités défensives primitives plus proches du fonctionnement psychotique, organisées autour du clivage.

Clivage

Si le clivage du patient psychotique discordant vise à atténuer l'angoisse en fragmentant l'unité du soi et l'objet, le clivage « limite » est d'une toute autre nature. Il permet le maintien artificiel d'une séparation entre les représentations de soi d'objets internalisés toutes bonnes et toutes mauvaises, reliées aux rejets pulsionnels libidinaux et agressifs. Il protège ainsi le Moi fragile du sujet *borderline* contre la diffusion de l'angoisse, lui évitant la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive.

Ce mode de défense, normal chez le bébé du fait de l'insuffisance des capacités intégratives du Moi précoce, est par la suite toujours utilisé activement chez l'adulte limite afin d'empêcher le « mauvais » de venir contaminer et détruire le « bon ».

Cliniquement, il se manifeste par une vision infantile et manichéenne du monde ou par de brusques revirements affectifs à l'égard d'une personne qui font passer par exemple sans transition de l'amour à la haine. Lors des passages à l'acte, 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. Enfin, le clivage complété par l'idéalisation primitive de soi et la dévalorisation de l'objet permet au sujet de conserver de lui-même une image régressive idéale, parée de qualités grandioses.

Mais le maintien par le Moi de ce mécanisme archaïque a un fort coût énergétique sans pour autant toujours empêcher l'émergence destructurante de l'angoisse : il se traduit par l'estompage des capacités de discernement du patient ainsi que par l'inefficacité relative de la plupart de ses conduites symptomatiques.

Idéalisation primitive

Portant sur les objets externes comme sur le Moi, cette opération défensive a pour but de protéger ces derniers de l'agressivité du sujet en les parant de toutes les qualités, les clivant ainsi d'avec la réalité. Afin d'éviter la contamination de ces instances irréelles par le mauvais, le Moi du patient doit renforcer des processus toujours plus coûteux d'idéalisation et de clivage. Leur inefficacité déclenche une rage destructrice et un rejet avec déni de l'idéalisation antérieure.

Identification projective

Elle permet au patient limite d'expulser à l'extérieur de lui-même les mauvaises images de soi et d'objet, les empêchant ainsi de venir menacer les bonnes. Il les projette sur autrui, l'angoisse persécutrice le contraignant alors à exercer un contrôle étroit de l'objet perçu comme dangereux et à en forcer encore l'idéalisation. Véritable cercle vicieux, ce mécanisme estompé les limites entre soi et l'objet, contribuant au syndrome d'identité diffuse.

Omnipotence et dévalorisation

Elles découlent logiquement de l'ensemble des phénomènes défensifs décrits ci-dessus. Dans un mouvement d'idéalisation visant à le protéger des attaques de mauvais objets, le Moi grandiose du patient cherche à contrôler l'objet

idéalisé en se soumettant à lui. Dès que ce dernier cesse d'apporter gratification et protection, il est dévalorisé et rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement.

Déni

Corollaire du clivage, le déni permet de maintenir hors de la conscience une représentation contradictoire, incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient à ce moment-là. Très différent de la dénégation liée au refoulement névrotique, le déni se manifeste cliniquement par la connaissance purement intellectuelle d'expériences déjà vécues, ne pouvant modifier ni les affects, ni les actes du sujet. La mise en acte, forme particulière de déni, est une opération mentale pouvant directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Elle sert au patient *borderline* à se protéger en rejetant à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la souffrance liée aux aléas de la relation d'objet.

Qualité de l'épreuve de réalité

L'épreuve de réalité conservée de l'état limite rapproche celui-ci du fonctionnement névrotique. Cependant, Kernberg insiste sur sa non-adaptation aux relations objectales proches. Pour mettre en évidence cet élément, il propose de confronter prudemment le patient au cours du traitement psychothérapique à l'image que ce dernier a donnée de lui-même et de ses attitudes dans le transfert. Un patient *borderline* serait capable de s'identifier à ces critères de réalité externe et d'en donner des explications rationnelles, là où un patient psychotique verrait son angoisse dissociative le submerger et aggraver sa symptomatologie.

Diagnostic

Diagnostic positif

Comme nous l'avons schématiquement résumé dans la revue des travaux récents, 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 et d'entretiens structurés ou semi-structurés permet d'améliorer la fidélité interjuges de ce diagnostic. Le second mode de modélisation 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 [42, 46, 82, 98].

Certains auteurs, comme Kernberg, préfèrent opter pour une troisième voie (cf infra) qui tente de combiner les options dimensionnelles et catégorielles.

Approche quantitative

Option catégorielle

Elle a été adoptée par de nombreux auteurs qui ont chacun retenu des critères un peu différents.

- Critères de Grinker

L'étude de Grinker en 1968 [30] est la première à avoir cherché à appliquer un modèle mathématique au concept *borderline*. Grâce à une analyse multivariée de variables comportementales considérées comme reflétant des fonctions du Moi, quatre sous-types ont été distingués :

– état limite à la limite de la psychose avec comportement inapproprié, 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 ;
- personnalités *as if* adaptatives avec comportement adapté, relations de complémentarité, pauvreté des affects, manque de spontanéité, défenses de type repli-intellectualisation ;
- état limite névrotique proche de la névrose de caractère narcissique.

- Critères de Gunderson

En 1975, Gunderson et Singer ont repris les traits et les caractéristiques qui paraissent les plus spécifiques et le plus fréquemment retrouvés dans la littérature de l'époque. Ces critères, révisés en 1978 puis en 1987, sont au nombre de six (Gunderson et Zanarini) ^[35] :

- impulsivité ;
- actes autoagressifs répétés ;
- affects dysphoriques chroniques ;
- distorsions cognitives transitoires ;
- relations interpersonnelles intenses instables ;
- peur chronique d'être abandonné.

Dans cette optique, ces auteurs ont proposé un entretien semi-structuré, le *Diagnostic Interview for Borderline* (DIB) explorant les modalités de fonctionnement retenues comme importantes pour ce diagnostic de trouble de la personnalité. Révisé en 1989, le DIB-R explore les critères diagnostiques suivants ^[95] :

- affects :
 - dépression majeure chronique ;
 - rage chronique/actes sous l'emprise de la colère fréquents ;
 - solitude, ennui, vide chronique ;
 - faiblesse, désespoir chronique ;
 - dévalorisation chronique de l'entourage ;
- cognitions :
 - pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles ;
 - expériences persécutoires non hallucinatoires ;
 - expériences « quasi » psychotiques ;
- actions impulsives :
 - automutilation ;
 - efforts suicidaires manipulateurs ;
 - abus/dépendance à des substances ;
 - déviance sexuelle ;
 - autres manifestations impulsives ;
- 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.

Moins inclusif que la première version, le questionnaire 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.

La traduction française de ce questionnaire (Chaine, Bruyens-Slot et Guelfi) a fait l'objet d'une rétrotraduction et d'une étude préliminaire de validation ^[15, 16, 17].

- Critères de Perry et Klerman

En 1978, Perry et Klerman ont entrepris un travail similaire à celui de Gunderson ^[64]. 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), 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 :

- 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 ;
- antécédents personnels :
 - épisodes psychotiques brefs lors de psychothérapie ou d'hospitalisation ;
 - comportements imprévisibles et impulsifs (abus de toxiques, boulimie, impulsions à voler, tentatives de suicide) ;
 - échec dans les réalisations concrètes socioprofessionnelles et affectives ;
 - sexualité perturbée ;
- relations interpersonnelles :
 - exploitation d'autrui ;
 - intolérance à la solitude ;
 - relations proches orageuses ;
 - dépendance ;
- mécanismes de défense :
 - projection des inhibitions et des insatisfactions avec passage à l'acte ;
 - idéalisation primitive.

- Classification de l'Association américaine de psychiatrie ^[5, 6]

À 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. En 1979, ils ont proposé à un panel de cliniciens américains de séparer ceux de leurs patients répondant plutôt aux critères de la schizophrénie *borderline* de ceux répondant aux critères du syndrome *borderline* tel qu'il avait été défini dans les travaux de Gunderson ^[73].

Les deux dimensions distinctes, suffisamment indépendantes, mises en évidence, sont les suivantes :

- la première, ou « personnalité *borderline* », fait référence à une constellation allant de l'instabilité à l'impulsivité, avec instabilité affective, relations intenses et instables comme dans les descriptions de Kernberg, Stern et Grinker ; la structure factorielle des critères *borderline* du DSM III-R évaluée chez 75 femmes en 1993 par Clarkin, Hull et Hurt ^[18] a aussi permis de distinguer trois facteurs suffisamment indépendants qui pourraient bien représenter les trois dimensions fondamentales du concept : les problèmes d'identité et de relations interpersonnelles, les troubles de l'humeur et l'impulsivité ;
- la seconde, ou « personnalité schizotypique », recoupe plutôt les notions anciennes de schizophrénie pseudonévrotique (Hoch et Polatin), de schizophrénie latente (Bleuler) ou schizophrénie ambulatoire (Zilboorg).

Critères du DSM IV ^[6, 36] : la révision en 1987 du DSM III n'a que peu modifié la description de la personnalité *borderline*. Le DSM IV en 1994 en a proposé en revanche des modifications plus consistantes allant dans le sens d'un rapprochement avec le DIB de Gunderson avec, notamment, intégration au sein des critères diagnostiques des perturbations cognitives transitoires liées au stress. Les auteurs se sont également attachés à diminuer la comorbidité personnalité *borderline*-dépression majeure. Le critère explorant les perturbations identitaires, jugé insuffisamment spécifique, a fait l'objet d'une redéfinition. La notion d'ennui chronique a, quant à elle, été supprimée.

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 comme en témoignent au moins cinq des 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 (par exemple 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 courante ou bagarres répétées) ;

– survenue transitoire dans des situations liées au stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

- Critères de la CIM 10

La CIM, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, a longtemps ignoré l'état limite. Sa dixième version a proposé, pour la première fois, à l'intérieur d'une catégorie de personnalité pathologique appelée « personnalité émotionnellement labile », deux sous-types, les personnalités impulsives 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. Ils ont également choisi de considérer le trouble schizotypique non plus comme un trouble de la personnalité mais comme un trouble mental autonome.

Les critères diagnostiques de la personnalité émotionnellement labile retenus dans la CIM 10 figurent ci-dessous^[57].

Type impulsif : présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes, dont obligatoirement :

- 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.

Type borderline : présence d'au moins trois des caractéristiques du critère B de F60.30 avec, de plus, au moins deux des caractéristiques suivantes :

- perturbations et incertitude 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 autoagressifs ;
- sentiments permanents de vide.

Les systèmes diagnostiques DSM et CIM sont compatibles l'un avec l'autre. Un entretien semi-structuré, l'*international personality disorder examination* (IPDE), régulièrement révisé^[48], permet d'établir des diagnostics de personnalité en fonction de ces deux instruments diagnostiques. Dans notre étude comparant les données de l'IPDE, les critères de la CIM 10 et le DIB-R de Gunderson chez 69 patients considérés comme *borderline*, nous avons mis en évidence que l'instrument développé par Gunderson était le plus inclusif et que les critères de la CIM 10 étaient suffisants pour délimiter un sous-groupe suffisamment homogène de patients^[15, 16].

- Conception de Millon

La contribution de Millon, à partir du Millon *clinical multi-axial inventory* (MCMI), garde une certaine originalité par rapport aux courants précédemment résumés. 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^[54].

Dans le MCMI-II, Millon cherche à inclure toutes les modalités de fonctionnement dans la description de chaque trouble de la personnalité : comportement-relations interpersonnelles-fonctionnement cognitif-humeur-mécanismes de défense-image de soi-représentations internalisées-organisation intrapsychique.

La personnalité *borderline* décrite par cet auteur en 1986 possède les principales caractéristiques suivantes : humeur labile, brusquerie comportementale, image de soi incertaine, relations interpersonnelles paradoxales, particularités cognitives, mécanismes régressifs, internalisations contradictoires incompatibles, identité diffuse.

Option dimensionnelle

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 nombre de facteurs nécessaires pour décrire un trouble de la personnalité varie selon les auteurs de deux ou trois (Eysenck, 1975) à plus de dix (Cattell, 1970 ; Guilford, Zimmerman et al, 1976) voire à plus de cent !

Au début des années 1990, Widiger, Costa et McCrae ont proposé un modèle à cinq dimensions dans un nouvel instrument, le *big five* ou FFM (*five factors model*) : il s'agit du névrosisme, de l'extraversion, de la rigidité, de l'agréabilité et de l'ouverture, chacun d'eux étant divisé en plusieurs sous-facteurs ou facettes^[22].

La personnalité *borderline* y est caractérisée par un haut degré de névrosisme, associé à une constellation de degrés adaptatifs variables sur chacune des quatre autres dimensions. 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. Par exemple, le trait qualifié de « timidité » pourrait refléter selon les cas un retrait schizoïde, une pathologie du narcissisme, une inhibition comportementale ou un évitement.

Option intermédiaire : Kernberg

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 ; elle conditionne la gravité des distorsions du fonctionnement mental du patient.

Le degré de développement du Surmoi : il est une conséquence du recours à des modes de défense archaïques centrés sur le clivage. 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 particulièrement graves chez les patients *borderline*.

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 des 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.

Dans ce modèle, Kernberg a cherché à synthétiser l'ensemble des courants actuels de pensée en matière de trouble de la personnalité. Cela lui 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.

Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)

Cet instrument d'inspiration dimensionnelle peut aussi être employé dans une perspective mixte. Diverses études ont comparé les notes obtenues aux échelles cliniques du MMPI, par des patients *borderline* et par des patients présentant d'autres registres de pathologies psychiatriques. Elles ont montré qu'il n'existe pas de profil-type spécifique de la personnalité *borderline* mais que, néanmoins, deux caractéristiques sont généralement identifiées : un score important pour l'échelle F et une élévation globale du profil^[56].

Si une élévation des échelles 2, 4, 8 (dépression, déviation psychopathique, schizophrénie) ainsi que celle des échelles 6 et 7 (paranoïa et psychasthénie) est souvent retrouvée sur les échantillons de patients *borderline*, il s'agit de caractéristiques sensibles mais non spécifiques de ce type de personnalité pathologique. Notre étude personnelle (Chaîne et Guelfi, 1996) de 69 patients *borderline* avait aussi montré que les données du MMPI étaient hétérogènes, susceptibles d'être regroupées en quatre profils-types distincts, le profil « psychotique » (élévation des échelles 6, 7 et 8) étant cependant majoritaire.

La sous-échelle BPD, proposée par Morey et al en 1985^[56], regroupe les 22 items du MMPI qui correspondent aux principaux critères diagnostiques DSM de la personnalité *borderline*. Si elle permet de différencier ces sujets des patients présentant d'autres diagnostics de troubles de la personnalité, elle ne les distingue pas de patients souffrant uniquement de troubles de l'humeur. Des études de validation portant sur DSM IV et MMPI-II sont en cours.

Approche qualitative : tests projectifs

Test de Rorschach

On retrouve souvent, dans les descriptions cliniques des états limites, une référence explicite aux tests projectifs et notamment au test de Rorschach, considéré comme un des éléments déterminants du diagnostic. En effet, malgré l'hétérogénéité des populations étudiées, une configuration assez particulière se dégage de cette épreuve^[4, 14]. Le matériel informel proposé au patient, sollicitant directement son organisation fantasmatique, permet de mettre en évidence l'existence d'« oscillations permanentes entre des phases de fonctionnement primaire et secondaire », les sujets limites tolérant parfaitement, contrairement aux psychotiques, leurs productions souvent inquiétantes. La schématisation proposée par Allilaire est la suivante : la prévalence des mécanismes de sous-inclusions (responsables de perceptions fragmentaires et parfois absurdes de l'image proposée, renvoyant à une anatomie morcelée) et de surinclusions (renvoyant à la tendance de ces patients à traiter toutes les informations sur un même plan, sans stratégie de classification adéquate des informations).

Timsit retient, pour sa part ^[79] :

- le maintien des liens avec la réalité (bon pourcentage de F +, présence des principales banalités) ;
- la 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 » ; la coexistence de registres différents (psychotiques, névrotiques, normaux, voire psychopathiques) et leur mise en fonction quasi simultanée pourrait être caractéristique de ces états ;
- la présence quasi constante d'indices d'anxiété ;
- l'existence de certains thèmes privilégiés renvoyant :
 - d'une part au trouble profond de l'identité (thèmes de naissance, réponses fœtus, embryons, hermaphrodites, siamois...) ;
 - d'autre part, à une toute-puissance magique (thèmes de divinités, fées, magiciens...) ; ces réponses données selon une séquence particulière comportent des termes contrastés renvoyant à une vision manichéenne du monde et sans doute au clivage.

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, rapidement et spontanément régressive, survenant par exemple en situation de stress aigu, en est une illustration clinique.

L'étude récente du test de Rorschach chez les patients *borderline*, de Burla et al, chez 20 patients *borderline* selon le DSM III-R et le DIB de Gunderson comparés à 20 patients psychotiques et à des patients névrosés a montré dans le groupe *borderline* plus de signes de dépendance affective que dans les deux autres groupes, plus de signes d'hostilité que chez les patients psychotiques avec une utilisation plus fréquente de la dévalorisation, de l'identification projective et des confabulations que chez les patients névrosés ^[15].

TAT (thematic apperception test)

Les réponses du sujet *borderline* au TAT contrastent avec celles apportées au test de Rorschach. Ficheux ^[26] insiste chez ces patients sur le respect, face à un matériel formel, de l'épreuve de réalité, sur la capacité à instaurer des liens, sur la capacité à construire une histoire avec des règles, sur la cohérence interne des récits et sur la maîtrise de la distance réflexive.

Traitement

Il n'existe pas de schéma-type de la prise en charge de tels patients. Selon les sujets et les options théoriques, les grandes lignes du traitement varient notablement. Pourtant, certaines considérations restent valables quelles que soient les modalités de prise en charge ^[19, 32, 40, 49, 52, 77].

Hospitalisation

Qu'elles émanent du patient lui-même ou de l'entourage sociofamilial de celui-ci, les demandes d'hospitalisation, souvent en urgence, sont fréquentes. Survenant au décours d'une énième décompensation dépressive, d'un passage à l'acte suicidaire ou hétéroagressif, d'un épisode dissociatif aigu, l'admission est souvent rapidement suivie d'une amélioration symptomatique, la perception du cadre hospitalier suffisant en général à rassurer le sujet. Afin de garder à ses yeux son caractère structuré et sa cohérence, évitant ainsi la résurgence de comportements préjudiciables pour la suite de la prise en charge, le séjour doit être court et faciliter une réinsertion rapide du patient dans sa réalité extérieure. L'hospitalisation doit également se situer dans la mesure du possible dans la continuité de la prise en charge ambulatoire si elle existe, ces patients cherchant souvent à faire rejouer aux différents thérapeutes, leurs conflits intérieurs.

Chimiothérapie

Utiles pour passer un cap aigu et sur de courtes durées, les psychotropes voient en général leur efficacité diminuer dans les prescriptions prolongées. La plupart des études montrent en effet un épuisement de la réponse à un type de molécule donné, quelle qu'elle soit, après quelques mois de traitement.

Les benzodiazépines, à visée anxiolytique ou hypnotique, sont à utiliser avec la plus grande parcimonie. Le risque d'accoutumance, d'intoxication volontaire, ainsi que celui d'une action désinhibitrice avec passage à l'acte suicidaire ne doivent pas être sous-estimés chez ce type de patients.

L'efficacité des antidépresseurs tricycliques reste incertaine. Les études fournissent des résultats variés mais souvent partiels sur la symptomatologie dépressive. L'électroconvulsivothérapie ne donne pas non plus de résultats concluants sur les dépressions limites. Certains antidépresseurs

sérotoninergiques sembleraient être plus efficaces, susceptibles d'améliorer également les troubles impulsifs. Certains auteurs américains tendent pour leur part à privilégier les inhibiteurs de la monoamine oxydase.

Les régulateurs de l'humeur comme la carbamazépine et le lithium peuvent aider à contrôler les troubles du comportement impulsifs, l'instabilité caractérielle et peut-être les troubles thymiques de ces patients.

Les neuroleptiques utilisés à faible posologie sont efficaces sur un éventail de symptômes allant de la dépression atypique à l'anxiété ou à l'impulsivité, en passant par les éléments quasi psychotiques tels que les idées de référence ou les modes de pensée persécutoire. Leur utilisation de plus en plus courante dans cette indication ne doit pas faire oublier leurs effets secondaires non négligeables. La réévaluation du rapport entre les bénéfices et les effets indésirables du traitement doit être régulière.

Si les médicaments peuvent aider à renforcer l'alliance thérapeutique, ils ne sont qu'un volet de la prise en charge et ils doivent toujours être replacés dans le contexte général de la relation patient-thérapeute.

Psychothérapie de soutien – Cure analytique

La cure analytique reste, quand elle est possible, un traitement de choix. Centrée sur l'analyse des relations d'objet primitives du sujet, elle permet d'intégrer le Moi et l'identité. Les obstacles principaux résident, d'une part dans l'intensité du « transfert négatif » de ces patients, d'autre part dans leurs graves tendances à l'agir. Kernberg a proposé de les contrôler par l'instauration d'un contrat en début de traitement visant à interdire les comportements destructeurs. Ce cadre un peu particulier, maintenu de façon rigide par des interventions du thérapeute dans la réalité interne (interprétations) et extérieure du patient, pourrait permettre le bon déroulement de la cure sans qu'apparaisse la classique « psychose de transfert ». Interrompue en cas de crises aiguës ou d'hospitalisation, sa reprise aide le sujet à lutter contre les angoisses de perte d'objet et d'abandon.

Très souvent cependant, ce type de prise en charge s'avère irréalisable, non acceptée ou non supportée, une thérapie de soutien à objectifs limités restant la seule mesure possible, visant à soutenir le patient sur le plan narcissique ainsi qu'à le rééduquer graduellement à travers le transfert.

Techniques cognitives

L'approche cognitive des personnalités *borderline* est dominée par les travaux de Young, de Linehan et de Beck. C'est à ce dernier auteur que Debray et Nollet (1995) donnent la préférence ^[24].

Beck insiste sur l'importance du contrat préalable établi avec le patient qui fixe explicitement les règles de la thérapie.

Après le renforcement de la coopération thérapeutique et bien avant l'abord proprement cognitif des schémas, Beck préconise l'affaiblissement de la pensée dichotomique par la méthode progressive du continuum (classement hiérarchique des individus, des situations et des émotions selon les pôles de confiance ou de défiance, de plaisir ou de déplaisir, etc), puis l'amélioration du contrôle des émotions et de l'impulsivité par une série de techniques cognitives précises. L'abord des schémas, enfin, passe par la prise de conscience par le patient de certains succès reportés dans les épreuves de la réalité qui viennent progressivement invalider certaines croyances antérieures concernant les thèmes d'abandon, de dévalorisation, d'échec et de solitude.

•
•

Le concept d'état limite a traversé le siècle. L'inflation du recours à ce type de diagnostic au cours des dernières décennies est la conséquence d'un flou nosographique parfois délibéré mais toujours regrettable.

Certains diagnostics par excès d'états limites sont liés au fait que de nombreux praticiens ont trouvé « comme » cette catégorie diagnostique d'attente aux limites incertaines, permettant de désigner soit des états schizophréniques paucisymptomatiques, soit des troubles dépressifs colorés par des manifestations comportementales ou caractérielles particulières.

Dans une conception restrictive salutaire, l'état limite désigne un tableau clinique relativement précis constitué d'incertitudes concernant l'identité personnelle avec préservation du sens de la réalité, d'un trouble de l'humeur avec irritabilité et dysphorie et d'une instabilité avec impulsivité. À ce registre de trouble de personnalité correspond un type de dysfonctionnement mental particulièrement bien étudié par plusieurs auteurs psychodynamiciens. Allilaire considérait en 1985 que le concept de l'état limite représentait une « contribution précieuse à une réflexion psychopathologique qui interroge et remet en question aussi bien les approches nosologiques, métapsychologiques que sociologiques ». Les perspectives dominantes actuelles, qu'elles soient psychobiologiques ou cognitivistes, semblent toujours laisser une place originale à ce concept pour la nosographie psychiatrique du début du XXI^e siècle.

Références

- [1] Akiskal HS. Subaffective disorders : dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the « borderline » realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981 ; 4 : 25-46
- [2] Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 1994 ; 379 : 32-37
- [3] Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF, Lemmi H, Rosenthal RH, Scott-Strauss A. Characterological depressions. *Arch Gen Psychiatry* 1980 ; 37 : 777-783
- [4] Allilaire JF. Les états limites. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris)*, Psychiatrie, 37-395-A-10, 1985
- [5] American psychiatric association : DSM IIIR, 1987. Diagnostic and statistical manual for mental disorders III^e édition révisée. Washington DC. Paris : Masson, 1989 (Trad française sous la direction de JD Guelfi et al) : 1-624
- [6] American psychiatric association : DSMIV, 1994. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, IV^e édition. Washington DC. Paris : Masson, 1996 (Trad française sous la direction de JD Guelfi et al) : 1-1008
- [7] Barrash J, Kroll J, Carey K, Sines L. Discriminating borderline disorder from other personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40 : 1297-1302
- [8] Bech P. The borderline syndromes of depression, mania and schizophrenia : the coaxial or temperamental approach. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 1994 ; 379 : 45-49
- [9] Benjamin LS. An interpersonal approach to the diagnosis of BPD. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 161-196
- [10] Bergeret J. Les états-limites. *Rev Fr Psychanal* 1970 ; 34 : 601-633
- [11] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1974
- [12] Bergeret J. La dépression et les états-limites. Paris : Payot, 1992
- [13] Burla F, Ferracuti S, Lazzari R. Borderline personality disorder : content and formal analysis of the Rorschach, Rorschachiana, 22. Seattle : Hogrefe and Huber, 1997 : 149-162
- [14] Chabert C. États-limites et techniques projectives, le narcissisme au Rorschach. *Psychol Fr* 1986 ; 31 : 79-88
- [15] Chaîne F. Critériologie des états-limites [thèse]. Université Paris VI, 1996 : 1-191
- [16] Chaîne F, Guelfi JD, Monier C, Brun A, Seunevel F. Diagnostic clinique et évaluation standardisée de la personnalité borderline. *Encéphale* 1995 ; 21 : 247-256
- [17] Chaîne F, Nollet D, Guelfi JD. Borderline personality disorder in France : clinical diagnosis and standardized evaluation [abstract]. Milan : II European congress on personality disorders, 1996
- [18] Clarkin JF, Hull JW, Hurt SW. Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Person Disord* 1993 ; 7 : 137-143
- [19] Clarkin JF, Kernberg O. Developmental factors in BPD and borderline personality organization. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 161-184
- [20] Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H. Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992
- [21] Costa PT, McCrae RE. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Person Disord* 1992 ; 6 : 362-371
- [22] Costa PT, Widiger TA. The five factor model. Washington : APA, 1994
- [23] Dahl A. Some aspects of the DSM III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand* 1986 ; 73 : 61-66
- [24] Debray Q, Nollet D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Paris : Masson, 1995
- [25] Dowson JH, Berrios GE. Factor structure of DSM IIIR personality disorders shown by self-report questionnaire : implications for classifying and assessing personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1991 ; 84 : 555-560
- [26] Fichoux P. Diagnostic et évaluation des états-limites. *Neuropsych* 1993 ; 8 : 133-142
- [27] Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder : a comparison of DSM III and the diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1984 ; 141 : 1080-1084
- [28] Gold LJ, Silk KR. Exploring the BPD-major affective disorder interface. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 39-66
- [29] Grinker RR, Werble B. The borderline patient. New York : Jason Aronson, 1977
- [30] Grinker RR, Werble B, Drye R. The borderline syndrome. New York : Basic Books, 1968
- [31] Gunderson JG. Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 1994 ; 379 : 12-18
- [32] Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 752-758
- [33] Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The Diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981 ; 138 : 896-903
- [34] Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 967-975
- [35] Gunderson JG, Zanarini MC. Pathogenesis of borderline personality. *Rev Psychiatry* 1989 ; 8 : 25-48
- [36] Gunderson JG, Zanarini MC, Kiesel CL. Borderline personality disorder in DSM IV sourcebook Vol. 2. Washington : American Psychiatric Association, 1997 : 717-731
- [37] Herman J, Perry C, Van DerKolk B. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989 ; 146 : 490-495
- [38] Jonas JM, Pope HG. Axis I comorbidity of BPD : clinical implications. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 149-161
- [39] Judd PH, Ruff RM. Neuropsychological dysfunction in borderline personality disorder. *J Person Disord* 1993 ; 7 : 275-284
- [40] Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. Toulouse : Privat, 1979
- [41] Kroll J. Etiological theories of BPD. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 211-224
- [42] Lesur A. États névrotiques et pathologie de la personnalité. In : Adès J, Rouillon F éd. Les états névrotiques. Château du Loir : édition Jean-Pierre Goureau, 1992
- [43] Linehan MM, Koerner K. A behavioral theory of borderline personality disorder. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 103-121
- [44] Links PS. Family environment and family psychopathology in the etiology of BPD. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 45-66
- [45] Links PS, Steiner M, Huxley G. The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *J Person Disord* 1988 ; 2 : 14-20
- [46] Livesley WJ, Jackson DN. Guidelines for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992 ; 180 : 609-618
- [47] Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical distinctions in the study of personality disorder : implications for classification. *J Abnorm Psychol* 1994 ; 103 : 6-17
- [48] Loranger A, Sartorius N, Andreoli A et al. The international personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 215-224
- [49] Marcelli D. Les états-limites en psychiatrie. Paris : PUF, 1983
- [50] Marziali E. The etiology of BPD : developmental factors. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 27-44
- [51] McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, III : long-term outcome of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1986 ; 43 : 20-30
- [52] McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, VI : long term follow-up perspectives. *Arch Gen Psychiatry* 1986 ; 43 : 329-334
- [53] McGlashan TH. Borderline personality disorder and unipolar affective disorder. Long-term effects of comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 1987 ; 175 : 467-477
- [54] Millon T. The borderline personality : a psychosocial epidemic. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 197-210
- [55] Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. Paris : PUF, 1990
- [56] Morey LC, Waugh MH, Blashfield RK. MMPI scales for DSM III personality disorders : their derivation and correlates. *J Person Assess* 1985 ; 49 : 245-251
- [57] OMS. CIM 10. Dixième révision de la classification internationale des maladies. Genève : OMS, 1992. (trad française sous la direction de CB Pull). Paris : Masson, 1993
- [58] Paris J. Parental bonding in BPD. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 141-159
- [59] Paris J. Borderline personality disorder : a multidimensional approach. Washington : American Psychiatric Press, 1994
- [60] Parnas J. The concept of borderline conditions : a critical comment on validity issues. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 1994 ; 379 : 26-31
- [61] Perry JC. Depression in borderline personality disorder : lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 : 15-21
- [62] Perry JC. Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 1645-1653
- [63] Perry JC, Herman JL. Trauma and defense in the etiology of BPD. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 123-140
- [64] Perry JC, Klerman GL. Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 165-173
- [65] Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M et al. DSM III personality disorders : diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM III criteria. *Compr Psychiatry* 1986 ; 27 : 21-34
- [66] Phillips K, Gunderson JG, Hirschfeld R, Smith L. A review of the depressive personality. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 380-386
- [67] 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 : 23-30
- [68] Reich J. Measurement of DSM III and DSM IIIR borderline personality disorder. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 116-148
- [69] Scharbach H. Historique du concept d'état-limite. *Ann Med Psychol* 1993 ; 151 : 280-284
- [70] Scharbach H. Approche clinique et psychopathologique. *Neuropsych* 1993 ; 8 : 112-132
- [71] Schroeder ML, Livesley WJ. An evaluation of DSM IIIR personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1991 ; 84 : 512-519
- [72] Soloff PH, Millward JW. Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40 : 37-44
- [73] Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1979 ; 36 : 17-24
- [74] Stone M. Borderline personality disorder : course of illness. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 67-86
- [75] Stone M. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1993 ; 162 : 299-313
- [76] Stone M. Etiology of BPD : psychosocial factors contributing to an underlying irritability. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 87-101
- [77] Stone MH. Long-term follow-up of borderline patients : the PI-500. New York : Guilford Press, 1989
- [78] Stone MH. The course of borderline personality disorder. *Rev Psychiatry* 1989 ; 8 : 103-122
- [79] Timsit M. Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. *Bull Psychol* 1974-75 ; 314 : 19-37
- [80] Torgersen S. Genetics in borderline conditions. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 1994 ; 379 : 19-25
- [81] Tucker L, Bauer SF, Wagner S et al. Long-term hospitalization of borderline patients : a descriptive outcome study. *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 : 1443-1448
- [82] Tyrer P. Personality disorders : diagnosis, management and cause. London : Wright, 1988
- [83] Tyrer P, Casey P, Ferguson B. Personality disorder in perspective. *Br J Psychiatry* 1991 ; 159 : 463-471
- [84] Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1994 ; 103 : 44-50
- [85] Van Reekum R, Links PS, Bodiago I. Constitutional factors in BPD : genetics, brain dysfunction and biological markers. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 13-38
- [86] Watson D, Clark LA, Harness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1994 ; 103 : 18-31
- [87] Widiger TA. The categorical distinction between personality and affective disorders. *J Person Disord* 1989 ; 3 : 77-91
- [88] Widiger TA, Costa PT. Personality and personality disorders. *J Abnorm Psychol* 1994 ; 103 : 78-91
- [89] Widiger TA, Frances A. The DSM-III personality disorders : perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 615-623
- [90] Widiger TA, Frances A. Epidemiology, diagnosis and comorbidity of personality disorder. *Rev Psychiatry* 1989 ; 8 : 8-24
- [91] Widiger TA, Miele G, Tilly SM. Alternative perspectives on the diagnosis of BPD. In : Borderline personality disorder : clinical and empirical perspectives. New York : Guilford Personality Disorders Series, 1992 : 89-115
- [92] Widlöcher D. Les états-limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique ? *Perspectives Psychiatriques* 1979 ; n° 70 : 7-11
- [93] Widlöcher D. Les concepts d'états-limites. In : Pichot P éd. Actualités de la schizophrénie. Paris : PUF, 1981 : 55-72
- [94] Zanarini MC. Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. In : Borderline personality disorder, etiology and treatment. Washington : American Psychiatric Press, 1993 : 67-86
- [95] Zanarini MC, Gunderson JG et al. The revised diagnostic interview for borderline. *J Person Disord* 1989 ; 3 : 10-18
- [96] Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL et al. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 161-167
- [97] Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderlines. *Compr Psychiatry* 1979 ; 20 : 29-46
- [98] Zimmerman M. Diagnosing personality disorders : a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 225-245
- [99] Zimmerman M, Coryell W. Diagnosing personality disorders in the community : a comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990 ; 47 : 527-531