

Personnalité borderline

Le terme de "borderline", ou "cas-limites", "état-limites" est d'abord vu dans son acception psychanalytique où le terme désigne un type d'**organisation de personnalité** spécifique située entre "l'organisation névrotique" et "l'organisation psychotique". Pour le DSM-IV et le CIM-10 le trouble de la personnalité borderline s'exprime par des symptômes (comportements) : humeurs changeantes, des relations humaines délicates, un manque de confiance en soi-même et aussi des comportements auto-agressifs.

Sommaire

- 1 Historique
- 2 Psychopathologie psychanalytique
 - 2.1 Les psychothérapies psychanalytiques des états limites
- 3 L'approche phénoménologique des Borderlines ^[16]
 - 3.1 Facteurs biologiques
 - 3.2 Facteurs sociaux
 - 3.3 Comportement social et couple
 - 3.4 Critères diagnostiques du DSM-IV
 - 3.5 Quelques modalités de traitements inspiré de la Psychothérapie cognitivo-comportementale
 - 3.6 Psychothérapie dialectique comportementale
 - 3.7 Statistiques
- 4 Voir aussi
 - 4.1 Articles connexes
 - 4.1.1 Personnalités borderline
 - 4.2 Liens externes
- 5 Notes et références
- 6 Bibliographie
 - 6.1 Psychanalytique
 - 6.2 Behavioriste et cognitive
- 7 Filmographie

1 - Historique

Les « états-limites », les « états intermédiaires » ou encore les « pathologies limites » furent d'abord décrits par en psychiatrie dès 1884 par C. Hugues pour des états qui oscillaient toute leur vie entre les limites de la démence (au sens de l'époque c.à.d.: psychose) et de la normalité. Un autre médecin, J.-C. Rosse recherche en 1890 les preuves cliniques des folies limites. C'est le psychanalyste A. Stern qui en 1938 reprend le terme borderline en insistant sur "l'hypersensibilité" des sujets, leur "rigidité défensive" et leur "peu d'estime de soi" ^[1], ^[2]. On signale encore le terme en 1951 dans un article du "Psychiatric Quarterly" et signé par un autre psychanalyste, 'Victor W. Eisenstein et c'est à peu près depuis lors que se diffusion se généralise.

En psychanalyse, c'est Edward Glover qui mentionne ce terme en le critiquant en 1932 dans un article où il met en évidence le lien entre borderline et addictions dans un schéma ^[3] : J'ai représenté les addictions comme de réels états "borderline" en ce sens qu'ils ont un pied dans

les psychoses et l'autre dans les névroses. Ils ont leurs racines dans les états paranoïdes, bien qu'occasionnellement un élément mélancolique domine le tableau. Néanmoins, ils sont suffisamment du côté névrotique du développement pour préserver une relation à la réalité nettement adéquate si ce n'est l'importante exception de la relation avec les drogues, derrière lesquelles repose le mécanisme paranoïde.^[4] Notons que déjà Sigmund Freud avait, dans *Analyse avec fin et analyse sans fin* (1937), émis l'idée que tout névrosé possède un moi en partie psychotique. D'autres auteurs développent l'idée de facteurs "schizoïdes" actifs dans de nombreuses pathologies^[5]. Plus tard, on signale à nouveau le terme dans un article signé de Victor W. Eisenstein publié en 1951 dans le "Psychiatric Quarterly" et depuis lors sa diffusion se généralise.

En 1945, Otto Fenichel approuve cette notion en montrant la présence de troubles de nature psychotique dans d'autres troubles que la psychose elle-même.

Actuellement, le terme est utilisé dans les deux acceptions, l'une tirée du behaviorisme qui sous-tend les classifications du DSM-IV (bientôt du DSM-V) et de la CIM-10 et l'autre tirée de la clinique et de la théorie psychanalytique qui sous-tend une organisation défensive inconsciente. Les querelles de courants^[6] ont là aussi un impact tant au niveau des définitions que dans les traitements. Pour les tenants du premier courant, une localisation cérébrale qui serait révélée par les neurosciences est à l'avenir probable.

2 - Psychopathologie psychanalytique

En 1942 Helene Deutsch a décrit un type de personnalité les **as if** qui se rapproche sur beaucoup de points de ce qui deviendra les caractéristiques des borderlines : (les as if) sont des cas dans lesquels la relation émotionnelle de l'individu avec le monde extérieur et avec son propre moi apparaît appauvrie ou absente, ils sont en relation étroite avec la dépersonnalisation. Ils apparaissent selon elle comme normaux extérieurement mais manquant d'authenticité dans leur vie émotionnelle qui apparaît vide et ennuyeuse (à entendre dans le sens de sortes de dépressions)^[7].

Plus tard, Germaine Guex insistera sur ce qu'elle appela d'abord la névrose d'abandon (1950), puis **syndrome d'abandon**, pour décrire l'état d'enfants alors appelés caractériels, terme qui recouvrait plus une contre-attitude qu'une réelle volonté explicative. Il s'agissait d'enfants qui avaient généralement subi un abandon plus ou moins précoce qui se manifestait par une insécurité affective et un besoin constant d'obtenir à tous prix des **preuves d'amour** pour assurer une certaine sécurité (avidité affective insatiable). L'abandonnée écrivait-elle, aspire au sentiment de fusion avec un autre être (la mère) et non au sentiment de relation qu'il ne conçoit même pas.. Elle rejoint ainsi les observations d'Helene Deutsch à propos des personnalités as if. G. Guex souligne aussi que ces personnes ne supportent guère la cure type analytique mais qu'il faut aménager un cadre qui soit adapté à leur niveau de fonctionnement. Le cruel paradoxe de ce dispositif défensif est que l'avidité se conclut souvent pour le sujet par des rejets réels, tellement le besoin exprimé tyrannise les objets^[8],^[9].

Otto F. Kernberg proposera le terme d'« organisation limite » (1975) qui écrit sur une pathologie du caractère (de la personnalité) et une pauvre modulation de la rage envers les objets (personnes), d'où le clivage subséquent avec polarisation des relations qui soit idéalise ou soit dévalorise la vision de la personne des autres. L'organisation limite est similaire à un état limite, terme utilisé par les psychanalystes français^[10]^[11].

Pour Herbert Rosenfeld, c'est l'atteinte au narcissisme qui doit être prise en compte dans le diagnostic et le traitement^[12].

Harold Searles considère lui que, chez les patients borderline, le moi fonctionne sur un mode autistique ^[13].

Jean Bergeret, en 1970, suggère lui aussi un rapprochement entre les pathologies limites et la dépression ^[14]. Voici le schéma qu'il effectue dans sa nosographie:

	Névrose	Psychose	Etat limite
Angoisse	Angoisse de castration	Angoisse de mort, angoisse de morcellement	de perte d'objet
Défenses	Refoulement, déplacement	Clivage du moi, projection, déni	dédoublment des imagos, forclusion
Relation d'objet	Objet total, génitalité	Objet partiel, relation fusionnelle	anaclitique
Conflit	Intrapsychique	Ça / Réalité	idéal du Moi / Réalité

Cette organisation psychique à la frontière, « entre deux eaux », suggère en fait que les théories de la névrose et de la psychose ne sauraient suffire. Ce sont de nouveaux champs d'études que les pathologies limites rendent indispensables : qu'il s'agisse de l'étude du narcissisme, de son implication dans la relation à l'autre, ou encore l'étude de la perception du temps, ou de la nature des traumatismes psychiques.

L'idée de frontière ne saurait donc éviter l'étude, l'écoute psychanalytique du singulier qu'apporte chaque patient.

Les psychothérapies psychanalytiques des états limites

En psychanalyse, il est généralement admis que cette catégorie - vaste et floue - désigne des organisations à la frontière des névroses et des psychoses. Les traitements psychanalytiques adaptés sont, parfois la cure type mais plus souvent un dispositif aménagé avec un nombre de séances hebdomadaires variant entre une à quatre par semaine, généralement en face à face. C'est ce qui est appelé la psychothérapie psychanalytique, certains comme Otto F. Kernberg ajoutent "des états limites" pour souligner la spécificité de l'approche ^[15].

3 - L'approche phénoménologique des Borderlines ^[16]

Trouble de la personnalité limite (personnalité émotionnellement instable)

Classification et ressources externes

CIM-10 F60.30 type impulsif,
F60.31 type « borderline »

CIM-9 301.83

« Il s'agit de gens, pour la plupart des femmes, qui ont grandi avec le sentiment de ne pas avoir reçu l'attention et l'appui qui leur reviennent. Ils en sont révoltés et ils cherchent des chemins pour compenser cela dans leurs relations. Ils ont des attentes élevées et, quand leurs besoins sont à nouveau abandonnés, ils y répondent avec de la colère et du désespoir. . »

— John Gunderson, psychiatre américain spécialiste dans la prise en charge des borderline

« Avoir une personnalité borderline n'est pas un drame en soi... car après avoir acquis une bonne conscience de ses vulnérabilités, les traits de personnalité d'hier générateurs de difficultés (trouble relationnel, chaos intense, sentiment de vide, rage, etc.) deviennent des générateurs de potentialités (intelligence émotionnelle, hypersensibilité, passion, authenticité, spontanéité, compassion, etc.). »

— Prof. Évens Villeneuve, Chef du Programme de traitement des Troubles sévères de personnalité, Institut universitaire en santé mentale Robert-Giffard (CA)

On retrouverait aussi et souvent dans l'anamnèse une carence affective (ex.: absence du père), une maltraitance, des abus sexuels (pédophilie, viols) mais ce point reste très discuté, notamment face au phénomène des **Faux souvenirs induits** qui peuvent piéger le clinicien.

Les éléments suivants, installés à l'adolescence, et de façon prolongée, pourraient évoquer une personnalité borderline mais ceci reste à étayer, entre autre au sujet de la démarcation entre normal et pathologique ^[17]:

- sentiments de vide, d'ennui
- sentiment d'être abandonné (peur irraisonnée de l'abandon)
- dévalorisation
- abus de substances (alcool, stupéfiants)
- automutilations, conduites à risque (par exemple conduire en état d'ébriété, prostitution), tentatives de suicide
- intolérance à la frustration
- fragilité narcissique : extrême vulnérabilité au jugement d'autrui
- difficulté à identifier et à réguler ses émotions (cyclothymie)
- trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- trouble voire refus de la sexualité

La personnalité borderline est parfois, mais pas toujours, associée à un trouble bipolaire. De brefs épisodes psychotiques (délires) sont possibles mais toujours de façon limitée dans le temps, parfois en rapport avec la consommation de substances toxiques. En aucun cas le trouble borderline n'est une schizophrénie.

L'évolution naturelle de ce trouble de la personnalité est l'apparition de symptômes à l'adolescence, et leur régression vers l'âge de 40 ans. Tout l'enjeu de la prise en charge est d'accompagner ces années de « jeune adulte » le mieux possible.

Plusieurs facteurs associés, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux, peuvent contribuer au développement du trouble de personnalité limite.

Facteurs biologiques

Aucun facteur biologique unique n'est directement lié à ce trouble. Par contre et selon certains chercheurs, les traits d'impulsivité ou la labilité affective, composantes majeures du trouble de personnalité limite, seraient associés aux déficits de certains neurotransmetteurs. De plus et bien que ça n'aie pas été démontré, l'hérédité pourrait être en cause dans la présence de ces traits de personnalité.

Facteurs sociaux

L'environnement familial et social de ces personnes a pu être ou peut être invalidant ou dysfonctionnel.

On peut retrouver également une fréquence élevée d'événements traumatiques subis au cours de leur vie tels que de la négligence ou des abus physiques ou sexuels bien que cette dimension doivent être abordée avec prudence face au phénomène des souvenirs induits par le clinicien.

Comportement social et couple

Les relations humaines du patient sont souvent très instables. Ceci est en rapport avec son image de lui-même troublée. Ainsi même des liens émotionnels intenses n'empêchent pas que la position vis-à-vis des membres de la famille, d'amis ou de partenaires soudainement tourne d'idéalisation (admiration et amour fort) en dépréciation.

Quand le patient croit être traité de façon injuste (que cela soit vrai ou non), il réagit souvent violemment et impulsivement et ne trouve, des jours et des semaines durant, pas d'issue à son univers d'idées de vengeance, de reproches vis-à-vis de lui-même et des autres ou même de haine de soi-même. Beaucoup de gestes des autres sont interprétés faussement ou qualifiés comme hostiles de par une sur-interprétation. Ils sont intensément analysés et examinés par rapport à leur contenu de « signaux ». La personne a des difficultés à interpréter

justement le comportement des autres. Sa perception de l'autre est très changeante (« constance d'objet insuffisante »).

Il y a un rapport entre la peur d'être abandonné et la difficulté de se sentir émotionnellement lié à une personne-clé quand celle-ci est absente (« constance d'objet insuffisante »). Cela aboutit à un sentiment d'être abandonné et de n'avoir aucune valeur. Dans ces contextes, il peut y avoir des menaces de suicide ou des tentatives de suicide.

Critères diagnostiques du DSM-IV

Le **trouble de la personnalité borderline** est décrit comme :

« un schéma envahissant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes. »

— DSM-IV, axe 2

Selon le DSM-IV, il faut au moins 5 des 9 critères présents pendant un laps de temps significatif :

- Efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé ;
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les 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 ex., dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'anorexie) ;
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- Sentiments chroniques de vide ;
- Colères intenses (rage) et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et exagérée) ;
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

En somme, le trouble de personnalité limite est principalement caractérisé par :

- l'instabilité de l'humeur ;
- la difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les agirs ou les réactions impulsives souvent néfastes ;
- les relations interpersonnelles instables ;
- une difficulté avec l'intimité ;
- une dissociation et une méfiance importante en présence de stress.

Quelques modalités de traitements inspiré de la Psychothérapie cognitivo-comportementale

Plusieurs interventions peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite.

Différentes approches thérapeutiques, de courte ou de longue durée, peuvent être utilisées :

- psychoéducation ;
- psychothérapie individuelle ;
- thérapie de groupe ;
- intervention familiale ;
- pharmacothérapie.

Les objectifs thérapeutiques sont alors :

- d'acquérir une meilleure connaissance de soi ;
- d'analyser, comprendre et modifier ses réactions impulsives ;
- de développer des stratégies pour mieux gérer ses émotions et sa détresse ;
- de développer des relations interpersonnelles plus harmonieuses ;
- d'améliorer sa qualité de vie.

Cependant, il n'existe pas de médicaments spécifiques pour traiter ce trouble. Dans certains cas, une médication peut être prescrite afin d'atténuer des symptômes difficiles à maîtriser, tels que :

- l'anxiété ;
- la dépression ;
- l'impulsivité ;
- les variations de l'humeur ;
- la perte de contact avec la réalité.

Psychothérapie dialectique comportementale

Cette approche spécifique au traitement du trouble de l'état limite a été développée par Marsha Linehan à l'Université de Washington à Seattle dès les années 1980. La recherche établit que cette thérapie est plus efficace que les approches usuelles en ce qui concerne le comportement suicidaire et les hospitalisations. De plus, les patients abandonnent moins fréquemment la thérapie.

La philosophie de l'approche de Linehan est basée sur la dialectique de Marx et Hegel. Cette thérapie s'inscrit dans une approche globale de la personne d'un point de vue bio-psycho-social. Et de ce fait, elle est considérée comme un traitement cognitivo-comportemental. Cette perspective permet de travailler sur la pensée dichotomique typique de ce trouble de la personnalité, appelée clivage par les psychanalystes. Le thérapeute aide le patient à intégrer les deux polarités.

La psychothérapie dialectique comportementale contient quatre phases, qui suivent le pré-traitement. Le pré-traitement sert à obtenir des informations pour arriver à une décision mutuelle du thérapeute et du patient à travailler ensemble. Dans les années qui suivent, le patient arrive à intégrer le passé, le présent et le futur, les visions contradictoires de soi et d'autrui, en somme d'accepter la réalité telle qu'elle est^[18].

Statistiques

ÉPIDÉMIOLOGIE du Trouble de personnalité limite (TPL)

- Encore peu d'études;
- Prévalence du TPL de 1% (similaire à celle de la schizophrénie) (DSM-IV-R).
- D'autres études rapportent des prévalences variant de 2% à jusqu'à 3% (prévalence en services psychiatriques de 10%).
- Environ 80% des personnes recevant des traitements psychothérapeutiques pour le TPL sont des femmes (voir note);
- Les différences entre les genres sont moins marquées dans les échantillons issus de la population.
- Le trouble de personnalité limite est associé à un niveau social défavorisé et à de faibles niveaux de scolarisation.
- 30 % à 40 % des patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite feront une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leurs vies.
- 10 % des patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite décéderont des suites d'une tentative de suicide.

NOTE: Le trouble de personnalité limite affecte probablement autant les hommes que les femmes dans la population générale et une étude récente évoquait même que le taux de prévalence chez les hommes est supérieur aux femmes. Par contre, il y a plus de femmes à peu près 75% versus 25% d'hommes envers lesquels

on a posé un diagnostic de trouble de personnalité limite qui consultent ou recherchent de l'aide auprès des services de santé physique ou psychiatrique. On constate donc un peu un effet de boucle rétroactive; parce que les psychiatres sont habitués à poser ce diagnostic chez des femmes, il le font mais ils peuvent moins bien reconnaître le trouble chez des hommes. Les hommes ont aussi tendance à exprimer leurs malaises psychologiques par des gestes souvent dans la violence et l'abus de drogue ce qui fait qu'on pense alors plus à un trouble de personnalité antisociale et qu'on les retrouve en prison. Alors que les femmes ont plus de facilité à rechercher des services en santé mentale et on les retrouve plus en clinique de psychiatrie.

4 - Voir aussi

Articles connexes

- Structure en psychopathologie
- addiction
- dysharmonie évolutive
- alexithymie
- anaclitique, hospitalisme, abandonnisme.

Personnalités borderline

- Susanna Kaysen (1948), auteur d'Une vie volée

Liens externes

- Actualité du syndrome borderline : Bulletin de psychiatrie
- Trouble de la personnalité de type limite : sites et documents francophones
- [1] : association d'aide aux personnes borderline et aux proches

5 - Notes et références

- ↑ A. Stern: "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses, Psychoanalytic Quarterly, 1938, vol. 7
- ↑ Sylvan Keiser : Transference in Borderline Neurosis.': Adolf Stern., psychoanalytic Quarterly, Vol. XVII, No. 4,(Keiser, S. (1948). Transference in Borderline Neurosis.. Int. J. Psycho-Anal., 29:180
- ↑ le schéma est reproduit en p. 124 du livre de Caroline Ferbos, Ali Magoudi: Approche psychanalytique des toxicomanes, PUF, fil rouge, ISBN 2-13-039368-3
- ↑ Edward Glover: A psycho-analytic approach to the classification of mental disorders Journal of Mental Science, 1932, n0 7-8, p. 838 in Caroline Ferbos, Ali Magoudi: Approche psychanalytique des toxicomanes, PUF, fil rouge, ISBN 2-13-039368-3
- ↑ William R. D. Fairbairn: Études psychanalytiques de la personnalité, In Press, 2000, (ISBN 2-9512286-0-0)
- ↑ Selon Joël Paris entre autres Md., Professeur, département de psychiatrie, Université McGill (Montréal); Chercheur associé, département de psychiatrie, Hôpital Sir Mortimer B. Davis-Hôpital Général Juif de Montréal le terme **borderline** serait un terme inapproprié, appuyé par cette "vieille" théorie qui indiquait que cette pathologie se situe entre la psychose et la névrose. Pour lui, le trouble de personnalité limite doit être considéré comme un syndrome complexe dont les caractéristiques centrales incluent une instabilité de l'humeur, contrôle des impulsions et des relations interpersonnelles (Skodol, Gunderson et coll., 2002)
- ↑ Helene Deutsch: Some forms of emotionnal disturbance and their relationship to schizophrenia, Psychoanalytic Quarterly, 1942, t 11
- ↑ Donald Winnicott a particulièrement bien illustré ce paradoxe dans son article La haine dans le contre-transfert
- ↑ Interventions de [archive] Lagache, Lacan, Dolto, etc. sur l'exposé de J. Favez-Boutonnier : « Abandon et névrose », Société Française de Psychanalyse », La Psychanalyse, 1958, n° 4, les psychoses, pp. 318-319 et p.320
- ↑ Otto F. Kernberg: Les troubles limites de la personnalité, Ed.: Dunod, 1997, Coll.: Psychismes, ISBN 2-10-003137-6
- ↑ Otto F. Kernberg: Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques, Ed.: Presses Universitaires de France, 2004, Coll.: Le fil rouge, ISBN 2-13-054703-6
- ↑ Notes sur le diagnostic et le traitement psychanalytique des malades "borderline" Herbert ROSENFELD [archive]
- ↑ Harold Searles: Mon expérience des états-limites Gallimard. 1994. ISBN 2-07-072970-2
- ↑ Jean Bergeret (psychanalyste): La dépression et les états-limites, Payot, 1992, Coll: Science de l'homme, ISBN 2-228-88597-5
- ↑ Otto F. Kernberg: La thérapie psychodynamique des personnalités limites, Ed.: Presses Universitaires de France, 1995, Coll.: Psychiatrie ouverte, ISBN 2-13-046726-1

16. ↑ Dr Jean-Marc Guilé : Certaines confusions de langage doivent être d'abord clarifiées, le concept psychodynamique **d'état limite** étant par exemple souvent confondu avec celui de **trouble de personnalité limite** au sens du DSM-IV. Le trouble de personnalité limite (borderline personality disorder) est un syndrome spécifique regroupant des comportements observables tels que l'instabilité relationnelle ou l'impulsivité, tandis que le concept d'état limite (borderline condition) renvoie à une organisation de personnalité pathologique.
17. ↑ Jean Bergeret: La personnalité normale et pathologique, Éd: Dunod, 2003, 3e édition, ISBN 2-10-003007-8
18. ↑ Catherine Bégin et Danielle Lefebvre, La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites [archive], Santé mentale au Québec, 1996, XXII, 1, 43-68.]

6 - Bibliographie

Psychanalytique

- Jean Bergeret,
 - La personnalité normale et pathologique, Éditions Dunod, 2003, 3^e édition. (ISBN 2100030078)
 - La dépression et les états-limites, Payot, 1992, coll. Science de l'homme. (ISBN 2228885975)
 - Abrégé de psychologie pathologique, Ed.: Masson; Édition, 10e éd., 2008, Coll.: Abrégés, ISBN 2-294-70174-7
- Helene Deutsch, Les personnalités as if
- Otto Fenichel, La théorie psychanalytique des névroses, PUF, 1945.
- André Green, La folie privée, Gallimard, 1990.
- Germaine Guex, Le syndrome d'abandon PUF, 1973.
- Otto F. Kernberg, La personnalité narcissique et les troubles limites de la personnalité, Privat, 1975.
- Joyce McDougall, Théâtre du Je, Folio-Gallimard, 1982. (ISBN 2070314294)
- Henri Rey, Universaux de psychanalyse dans le traitement des états psychotiques et borderline (Facteurs spatio-temporels et linguistiques), Éd. Hublot, préf. Alain Braconnier, trad. d'Elisabeth Baranger, 2000. (ISBN 2912186129)
- Harold Searles, Mon expérience avec les états-limites, Gallimard.
- John Steiner, Retraits psychiques. Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés et borderline, PUF, 1996. (ISBN 2130477585)
- François Duparc, Christian Vasseur, Jean Cournut, Guy Cabrol, coll. Les conduites à risque : Au regard de la psychanalyse, In Press, 2006. (ISBN 2848350962)

Behavioriste et cognitive

- L'ennemi en moi, histoire vraie d'une victime du trouble de la personnalité limite, Etienne Gervais, Éditions Olographes, 2008. (ISBN 978-2-922299-15-1)
- Trouble de personnalité limite et réadaptation - Points de vue de différents acteurs, Collectif d'auteurs sous la direction de Robert Labrosse et Claude Leclerc, Éditions Ressources, 2007. (ISBN 978-2-923215-10-5)
- Alain Tortosa
 - Le trouble de la personnalité borderline, AAPEL, 2007.
 - Dans l'émotion d'une borderline (Guide à l'usage des praticiens, des patients et des familles), Archisoft, 2006.
- Dominique Page, Borderline : retrouver son équilibre, édition Odile Jacob, 2006
- Marsha M. Linehan, Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite, Médecine & Hygiène, 1993. (ISBN 2-88049-128-2)
- Marsha M. Linehan, Le Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite, Médecine & Hygiène, 1993. (ISBN 2-88049-129-0)

7 - Filmographie

- Borderline, Lyne Charlebois, TVA Films, 2008
- Jeune fille interrompue Titre au Québec, Une vie volée titre français de « Girl interrupted », James Mangold, 1999

Grey's Anatomy épisode 17 saison 4 (Rebecca Pope est atteinte de personnalité borderline)